

BREACH Symposium: de la prévention

Premier constat, notre pays enregistre pour la première fois une diminution nette du nombre de nouveaux cas avec -25% depuis 2012. Cependant le plus intéressant est de constater que les diagnostics tardifs n'augmentent pas non plus par rapport aux autres années. Les modèles mathématiques montrent d'ailleurs que le taux de personnes non-diagnostiquées est en nette diminution. Ceci constitue une confirmation que la baisse est réelle et non pas due à un manque de diagnostics. D'ailleurs, le nombre de tests est, quant à lui, en hausse en 2016 avec une baisse concomitante du nombre de cas VIH+. La fraction annuelle diagnostiquée* (YDF: *Yearly diagnosed fraction*) a augmenté en 10 ans de 22% en 2006 à 26% en 2015.

Malgré ces résultats encourageants, nous restons en dessous des cibles fixées par l'UNAIDS en ce qui concerne les patients diagnostiqués (85% versus 90%), les patients traités (73% versus 81%) et les patients dont la virémie est sous contrôle (68% vs 73%). C'est pourquoi la prévention reste importante et que les traitements pré- et post-exposition doivent être promus.

La PrEP (*Pre-Exposure Prevention*) ou prévention pré-exposition a fait l'objet d'une mise à jour. Rappelons peut-être que chez nous, elle n'est disponible que depuis juin 2017 et qu'il ne s'agit que d'un moyen supplémentaire de prévention à côté de tous les autres disponibles: dépistage précoce, préservatifs, etc. L'étude Be-PrEP-ared a débuté en 2015 et l'enrôlement en décembre 2016 accueillant ainsi 197 patients MSM à haut risque et 3 femmes transgenres. Au moment du colloque, 141 étaient toujours en suivi actif, 42 avaient terminé l'étude et 11 avaient arrêté. Pour que le compte soit juste, 6 personnes ont disparu en cours d'étude. La fin de l'étude est prévue pour juin 2018.

Efficace et disponible

Les participants ont été répartis en deux groupes: l'un recevant la PrEP quotidiennement (76%) et l'autre au moment où cela s'avérait nécessaire (24%). Le passage d'un groupe à l'autre demeure possible. Bien que l'étude ne soit pas terminée, Bea Vuylsteke a révélé que la proportion de la couverture prophylactique de tous les actes à risque a atteint quasiment 100%. Par ailleurs, à 12 mois (n = 132), près de 80% des participants sont totalement adhérents au traitement. De manière intéressante, la PrEP ne semble actuellement pas induire non plus une augmentation de la prise de risque de la part de ceux-ci.

Pour sa 6^e édition, le BREACH Symposium avait trouvé abri au RSC Anderlecht. Il n'est pas fréquent qu'un club de football accueille un symposium de ce type, mais cela montre certainement que le sida et le VIH ont dépassé les frontières des hôpitaux et des associations de patients.



Si on constate un nombre de partenaires anonymes accru au cours du premier trimestre de l'étude, celui-ci retombe à son niveau de base au cours des trimestres suivants. De même, le nombre de rapports non protégés n'augmente pas. L'incidence de la gonorrhée n'augmente pas et celle des chlamydiases aurait tendance à diminuer. Plus important encore: aucune séroconversion VIH n'a été constatée au 24/11/2017!

Néanmoins, la PrEP n'est pas non plus efficace à 100%, comme pourraient le laisser croire ces excellents résultats. Ainsi dans la cohorte d'Amsterdam, un cas de séroconversion a été rapporté chez un homme de 50 ans.

Une enquête a été menée auprès de 1.444 MSM VIH- vivant en Belgique entre novembre 2016 et mars 2017. Il s'avère que 91,8% des participants connaissent l'existence de la PrEP, que 84,9% pensent qu'il s'agit d'un bon moyen de prévention alors qu'ils ne sont que 69,5% à vouloir l'utiliser. Il existe donc un hiatus, mais au moins l'information est passée.

Pour mémoire, cette enquête a été menée avant que le remboursement soit octroyé. Depuis, 737 personnes en ont bénéficié. Une cohorte anversoise a été analysée rassemblant des nouveaux utilisateurs de PrEP. Dans 98,5% des cas, il s'agit de MSM et, dans 80,4%, il y a eu un rapport anal avec au moins un partenaire au cours des 6 derniers mois. Dans cette cohorte, 42,1% des 214 participants ont développé une MST au cours des 12 derniers mois.

A l'échelle européenne, le facteur majeur qui limite l'usage de la PrEP reste le coût. L'Europe reste divisée en deux avec un bloc à l'ouest où elle semble bien implantée et un bloc à l'est de l'Allemagne où elle ne l'est pas ou peu.

Et les autres MST: on dépiste ou pas?

Bien entendu, même avec l'apparition de nouvelles molécules ou de nouvelles voies d'administration, les autres MST

demeurent. Chris Kenyon a posé une question dont la réponse paraît évidente, mais qui ne l'est pas forcément. Devrait-on dépister les MSM pour la gonorrhée? Intuitivement, la réponse est affirmative. Les recommandations actuelles sont moins claires à ce sujet puisque si le CDC estime qu'il faudrait proposer un dépistage au moins annuel sinon moins en cas de risque accru, son pendant européen n'émet aucun avis alors que les *Belgian PrEP Guidelines* estiment qu'un examen trimestriel est nécessaire. Pour d'autres, les preuves actuelles sont insuffisantes pour permettre un équilibre entre les risques et les bénéfices d'un dépistage systématique des chlamydiasis et des gonorrhées chez l'homme. L'un des points-clés mis en avant par le spécialiste anversoise concerne le critère coût-efficacité du diagnostic et du traitement. Selon lui, le risque d'apparition de résistance en cas de traitement à large échelle demeure très élevé. Pour étayer ses dires, il se repose sur une méta-analyse

aux patients âgés...

La gériatrie partage donc un très grand nombre de concepts avec les spécialistes du VIH, ce qui confirme bien la nécessité de l'approche multidisciplinaire des patients VIH+ âgés.

l'infection disparaît d'elle-même. La question est alors de savoir s'il en est de même pour les infections anales qui vont souvent de pair et la réponse, ici, est plus que nuancée. D'autres études présentées par d'autres intervenants incitent plutôt à entreprendre un dépistage systématique. La question de départ soulève donc de nombreux débats non seulement d'un point de vue médical, mais aussi éthique: à savoir s'il est permis, sachant une personne potentiellement positive, de la laisser à son insu ou pas prendre le risque d'en infecter d'autres... D'autant que les risques pris concernent non seulement les jeunes, mais plus encore les sujets plus âgés.

Quid pour les 50+?

Parmi les spécialistes reconnus mondialement de la question de l'infection par le VIH chez ceux que l'on nomme aujourd'hui les «*long term survivors*», ceux qui ont survécu aux premières vagues d'infection dans les années 80 et 90, Ferdinand Wit (Amsterdam, Pays-Bas) fait figure d'icône.

Il est venu présenter les résultats de la fameuse étude de cohorte *Amsterdam AGEHIV Cohort Study*. De manière tout à fait évidente, la mortalité des patients VIH+, même si elle diminue depuis l'introduction des trithérapies, demeure plus élevée pour ces patients que pour une population VIH- au même âge. Ainsi si dans les années 90, la première cause de mortalité chez les patients VIH+ était le sida, aujourd'hui, il s'agit des cancers et des maladies cardiovasculaires, le sida en tant que tel étant relégué en troisième place sur ce détestable podium. Or selon les statistiques actuelles dans nos pays, nous devons faire face à une augmentation importante de la population vieillissant avec le VIH vu la longévité permise grâce aux nouveaux traitements. Si on se réjouit évidemment d'un côté, cela va nous placer face à une situation inédite: prendre en charge à long terme une population qui vieillit plus rapidement et moins bien que la population VIH-. Les personnes âgées VIH+ réclameront alors plus de soins, mais aussi une prise en charge plus importante en institutions. Sommes-nous prêts à faire face à ce défi? La réponse est «non». L'homosexualité est difficilement acceptée dans les maisons de repos, que dire alors de la séropositivité pour le VIH, pour laquelle le personnel de soins de ces maisons n'est pas préparé, d'ores et déjà stigmatisée.

Les résultats de l'étude de Wit et ses collègues démontrent que la prévalence, l'incidence et les facteurs de risque des comorbidités non-sida chez les personnes VIH+ de 45 et plus sont beaucoup plus importantes que chez les VIH-. Les deux populations étudiées présentaient au départ des caractéristiques démographiques comparables même en ce qui concerne l'usage de cannabis ou les chiffres tensionnels par exemple. Entre 2010 et 2017, il apparaît que les patients VIH+ souffrent deux fois plus de maladies cardiovasculaires (10% vs 5%), présentent plus d'hypertension (48% vs 36%) et de maladies rénales chroniques (26% vs 7%), ainsi que de troubles cognitifs (17% vs 5%), par exemple. Les personnes VIH+ sont également plus «fragiles»: 10,6% vs 2,7%.

Agir sur tous les facteurs

L'un des facteurs qui semblent agir comme une des pierres angulaires de ces comorbidités est, paradoxalement peut-être, l'inflammation chronique induite par le virus lui-même et qui pourrait expliquer notamment l'augmentation des hyperdensités de la substance blanche et la réduction de l'épaisseur corticale dans le cerveau. Lorsque l'on compare l'âge cérébral et l'âge réel des patients VIH+ et VIH-, la différence est de près de 3 ans. Autrement dit, les patients VIH+ présentent un âge cérébral augmenté de trois années par rapport à leur âge d'état civil. Ceci a un impact sur les processus cognitifs avec une baisse de tous les items en termes de langages, de mémoire, d'attention, etc. Néanmoins parmi les causes possibles d'apparition de ces comorbidités, il ne faudrait pas oublier non plus la responsabilité des prémisses des traitements contre le sida beaucoup plus toxiques que ceux d'aujourd'hui. C'est ce qui fait dire que ces comorbidités pourraient tendre à disparaître avec le temps.

Les résultats bataves sont d'ailleurs confirmés par ceux obtenus par BREACH et présentés par Stéphane De Wit (CHU St-Pierre, Bruxelles). Il s'agit d'une analyse de données recueillies entre décembre 2014 et septembre 2015 auprès de patients VIH+ consécutifs de plus de 50 ans fréquentant 5 centres de référence en Belgique. En tout, 838 personnes ont été rassemblées. Elles avaient une médiane d'âge de 59,6 ans avec un suivi médian pour le VIH de 12,4 ans. Dans 72% des cas, il s'agissait d'hommes et 67% des participants étaient caucasiens. Pour 55% d'entre eux, la contamination a été hétérosexuelle, pour 41% homosexuelle. Le reste des causes se

répartissait entre injections de drogue et transfusions. Dans 46%, le BMI était inférieur ou égal à 25 et 72% n'avaient pas de problèmes de surconsommation d'alcool. Sur l'ensemble, 27% des patients avaient développé un sida et 98% étaient toujours sous traitement.

Gérer la fragilité

Parmi les comorbidités, 63% ne présentent pas d'hypertension; 14% sont normotendus sous traitement, 11% sont hypertendus malgré un traitement et 12% ont une hypertension non traitée. Par ailleurs, 6% sont diabétiques (n = 26) et traités soit par antidiabétiques oraux (4,3%), soit par insuline (2,3%), soit les deux. Enfin la majorité des patients sont hypercholestérolémiques (53%), dont seulement 20% sous hypolipémiants... La maladie rénale est souvent perçue comme fréquente, la cohorte belge montre que seuls 15% présentent une filtration glomérulaire inférieure à 60 ml/min et 2% de l'ensemble a présenté un infarctus du myocarde. Pour les cancers, 9,1% de l'échantillon a souffert d'une pathologie tumorale. Ces pathologies sont donc très hétérogènes et nécessitent une prise en charge multidisciplinaire... Enfin, Thierry Pepersack (Institut Jules Bordet, Bruxelles) a fait le point sur le concept de fragilité. Gériatre, il est donc très bien placé pour en parler, mais, de son propre aveu, il ne rencontre pas (encore) de patients VIH+. Toutefois, comme il l'a souligné, la longévité allant en augmentant, cela risque d'être le cas dans les années à venir. Au vu de ce qui a été dit plus haut, la gériatrie partage avec la prise en charge des patients VIH+ de 50+, la fragilité, les comorbidités, etc. Par ailleurs, certains facteurs viennent s'ajouter aux facteurs classiques gériatriques comme la charge virale ou le taux de CD-4 ou encore la présence d'une MST. En outre, les patients VIH+ présentent plus souvent de l'ostéoporose à un âge précoce. Le spécialiste bruxellois avertit aussi que, comme en gériatrie, il est préférable de simplifier et, si possible, de réduire les traitements médicaux au minimum. Globalement, on retrouve le syndrome gériatrique chez les plus de 75 ans VIH- et chez les VIH+ à partir de 50 ans avec typiquement des troubles cognitifs, des chutes, de la malnutrition, etc. La gériatrie partage donc un très grand nombre de concepts avec les spécialistes du VIH, ce qui confirme bien la nécessité de l'approche multidisciplinaire des patients VIH+ âgés où l'hygiène de vie tient une place essentielle... ■

Pierre Dewaele

d'études observationnelles conduite par Tsoumanis et ses collègues qui ont retenu sur 281 articles 12 répondant à leurs critères de sélection. La réponse à la question initiale est négative même après 72 mois d'observation.

Dans une étude de modélisation, Buyse et ses co-auteurs, dont Chris Kenyon, montre auprès de 3.982 MSM belges que le passage d'un dépistage de 3,5% à 50% multiplie par 11 l'usage d'antibiotiques. Or, plus on les utilise, plus le «résistome» augmente en proportion. Le coût du dépistage associé à une augmentation très nette de l'apparition de résistances bactériennes plaide donc en faveur d'une réduction du dépistage qui serait coûteux, voire dangereux. Autant dire que cela a soulevé quelques remous dans la salle parmi les supporters d'un screening systématique. Cependant Chris Kenyon met son approche à l'épreuve en se demandant ce qui se passe si on ne dépiste pas. L'histoire naturelle de la gonorrhée pharyngée montre qu'en quelques semaines,