

Evaluation des perdus de vue de la file active VIH du Maine-et-Loire et facteurs de risque

Yves-Marie VANDAMME

Service des maladies infectieuses et tropicales

CHU Angers



CONTEXTE EPIDEMIQUE

- **Monde** (Données ONUSIDA 2011)
 - 34 millions de PVVIH
 - 2,5 millions de personnes nouvellement infectées en 2011

- **France** (Données rapport Yéni 2010)
 - 152000 PVVIH
 - 6500 nouvelles personnes infectées par an

- **Pays de la Loire** (Rapport COREVIH PdL 2011)
 - 3310 PVVIH
 - 137 découvertes de séropositivité VIH 2011

- **Maine-et-Loire**
 - 617 PVVIH suivis en 2011 au CHU d'Angers
 - 41 découvertes de séropositivité VIH 2011

Taux de mortalité

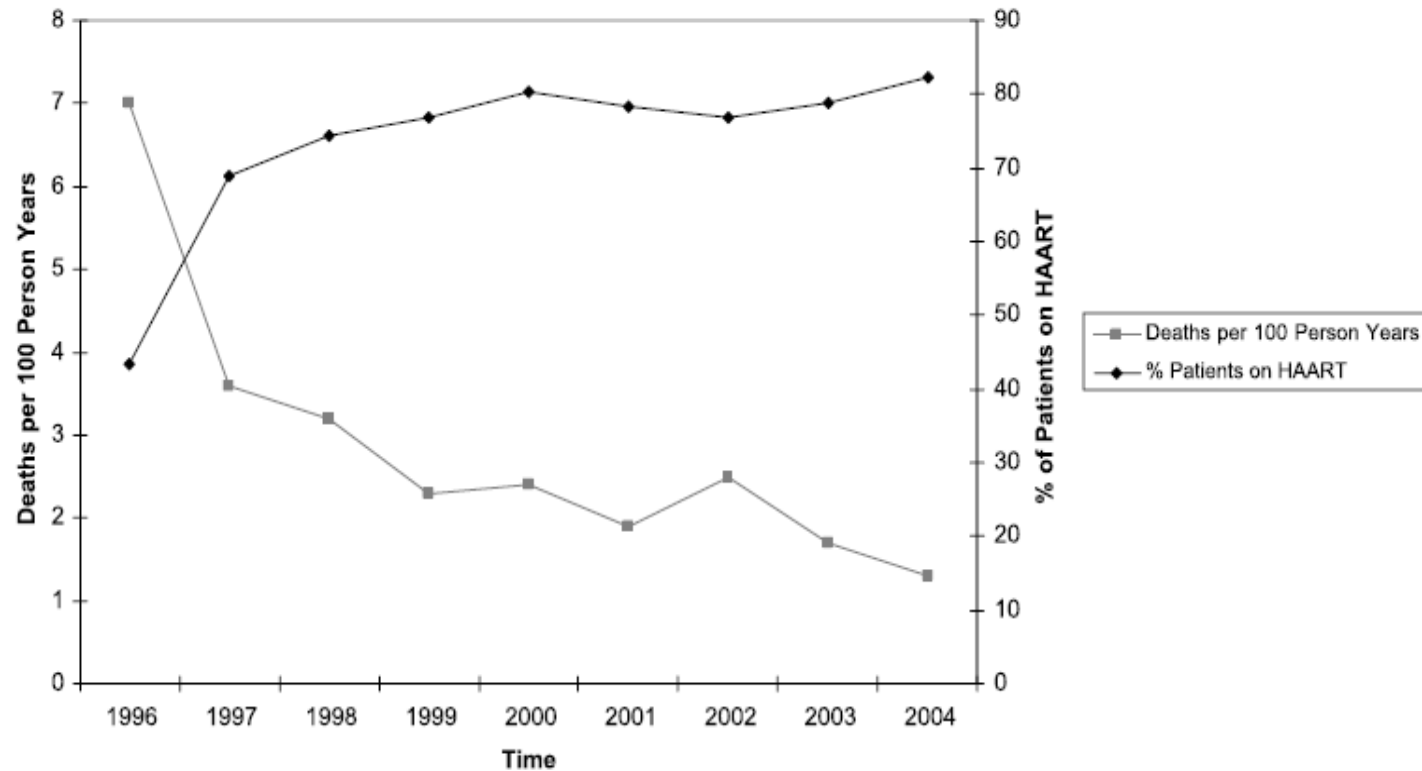


FIGURE 1. Mortality and HAART use over time.

Problématique

Augmentation de taille des files actives

+

Absence de système de surveillance/alerte suivi des patients

=

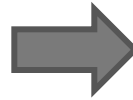
DÉFINITION DES PATIENTS PERDUS DE VUE INFECTÉS PAR LE VIH

- **Un patient diagnostiqué infecté par le VIH est considéré comme perdu de vue (PDV) à partir d'un délai de 12 mois sans consultation de suivi spécialisé (Europe et Amérique du Nord)**
- **Le délai est variable, il dépend des modalités de suivi des pvVIH des différents centres d'étude**

ENJEUX CONCERNANT LES PDV

Pas de surveillance de l'évolution de l'infection

Pas de traitement spécifique



Morbi-mortalité augmentée

Altération de la qualité de vie

Augmentation du risque de transmission virale

Sélection de virus résistants

- **La définition seule du « délai sans consultation » ne permet pas d'écarter les faux perdus de vue**
- **L'étude des caractéristiques épidémiologiques nécessite une recherche de leur devenir afin de permettre une reprise de contact**
- **Biais épidémiologique**

OBJECTIFS

- **Objectif principal :**

- Calculer l'incidence de perte de vue

- **Objectifs secondaires :**

- Etablir les caractéristiques de la population PDV
- Identifier les FDR de perte de vue

METHODE

- **Analyse rétrospective des dossiers des patients identifiés PDV réels**
- **Comparaison avec les données de la file active des patients VIH de 2011 au CHU d'Angers**
- **Analyse statistique univariée dans un premier temps puis multivariée afin de déterminer les FDR de Perte de Vue**

EFFECTIF ET INCIDENCE DE PDV

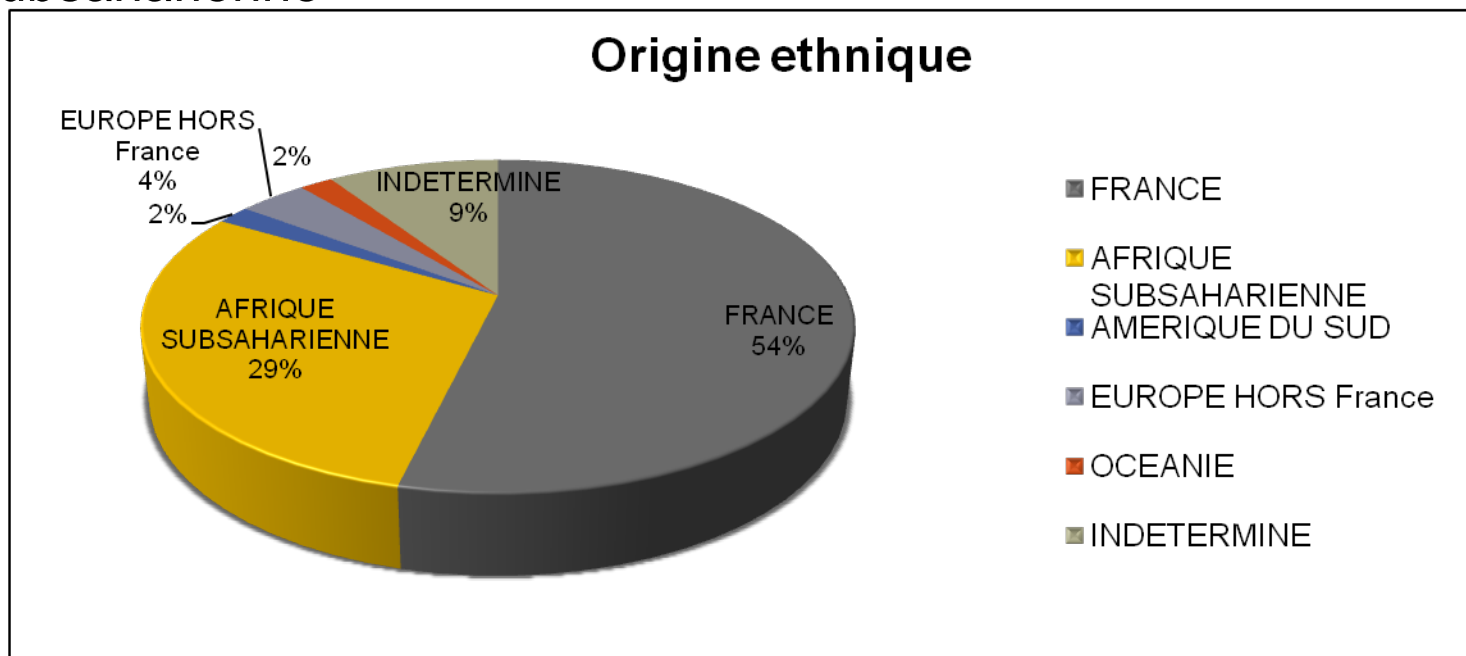
- **Effectifs des PDV : 54 patients**
- **Incidence moyenne de 1,36 pour 100 pers-année sur la période de décembre 2003 à mai 2012**
 - Incidence nulle en 2005
 - Incidence de 2,39 en 2010

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION PDV (1)

• Parmi les PDV : 75% sont des hommes

• Origine ethnique :

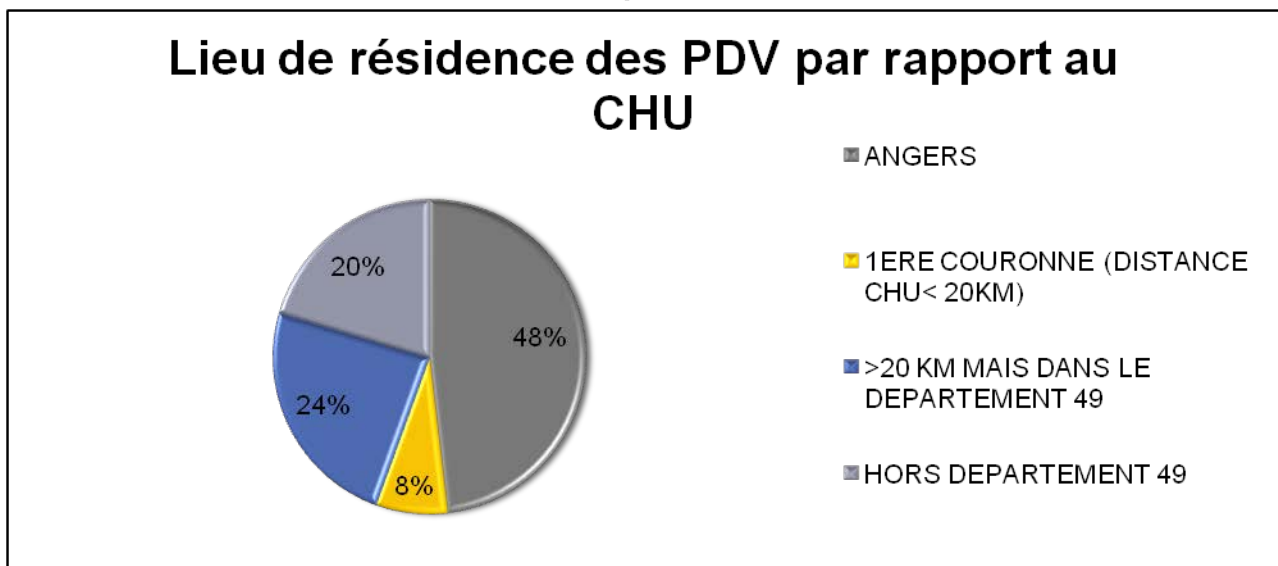
- 30% des PDV sont originaires d'Afrique subsaharienne et
- 54 % des femmes PDV sont originaires d'Afrique subsaharienne



CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION PDV (2)

•Lieu de résidence :

20% des PDV habitent hors du département



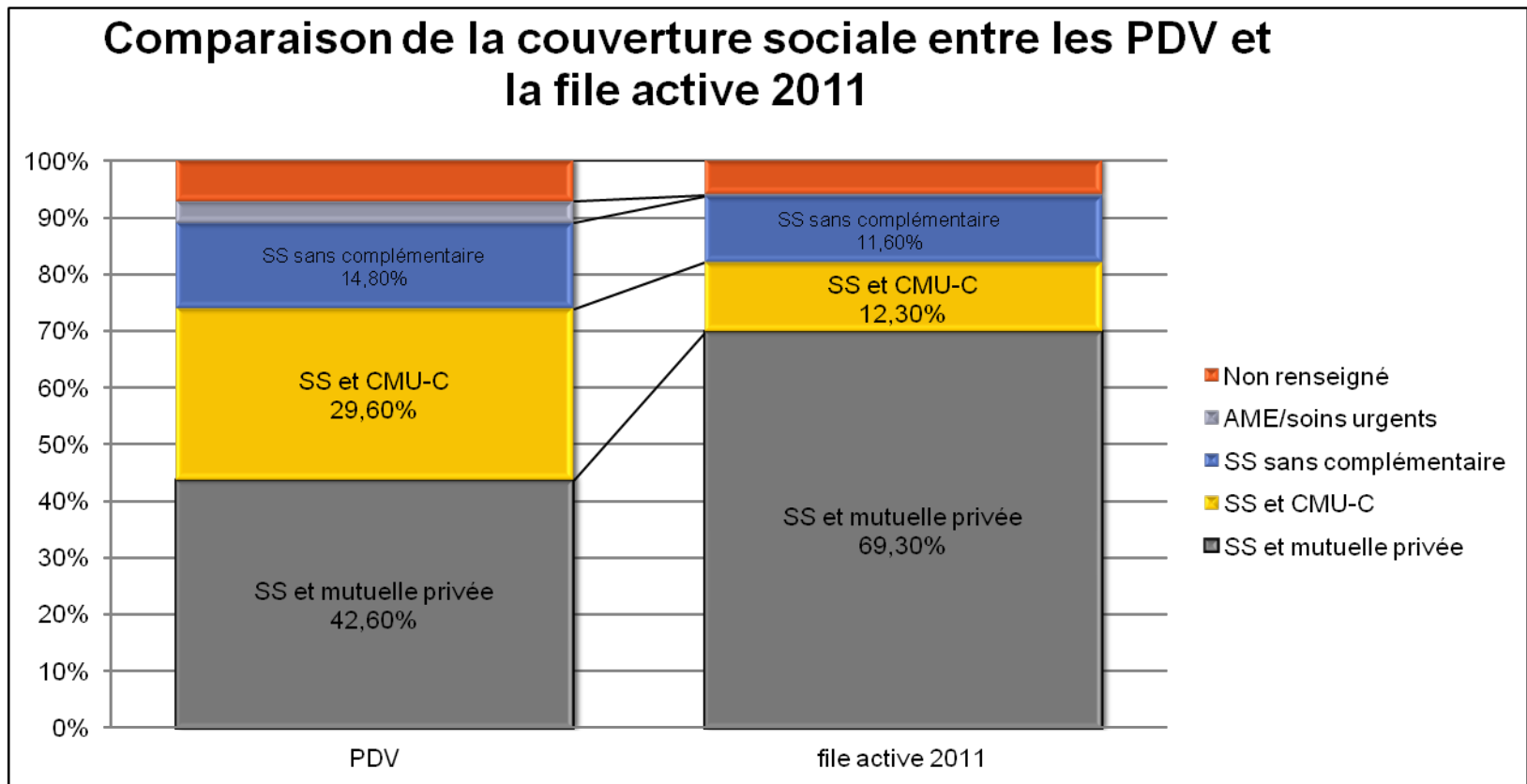
•L'activité professionnelle :

- le taux d'activité des PDV est de 37 %
- le taux d'activité chez les femmes PDV est de 30%

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION PDV (3)

• Couverture sociale :

- 30% des PDV bénéficient de la CMU-C
- 2 patients relèvent de l'Aide Médicale d'Etat



CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION PDV (4)

- **Situation familiale**

- Parmi les PDV : 32% sont en couple
- 41% ont des enfants
- 84% des femmes PDV ont des enfants

- **Suivi médical primaire :**

- Près de 30% des PDV n'ont pas de médecin traitant

- **Age au diagnostic :**

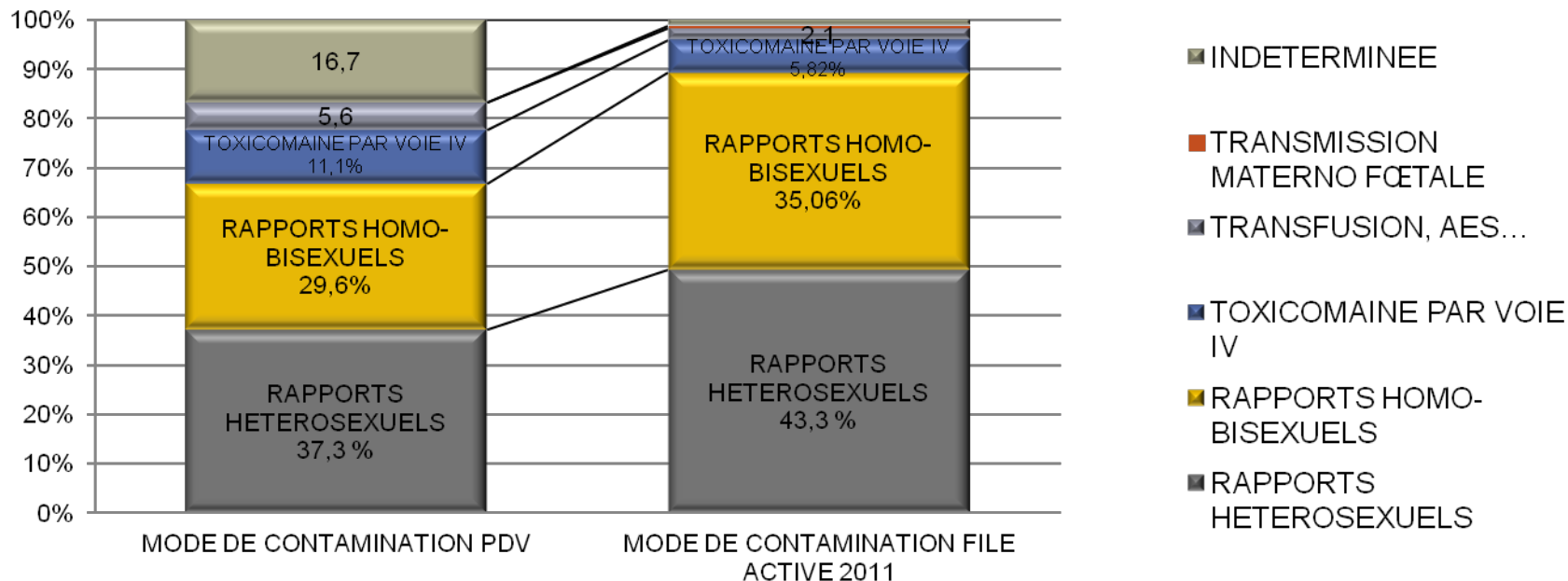
- La moyenne d'âge du dépistage des PDV est de 31 ans

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION PDV (5)

- **Mode de contamination :**

- par relation hétérosexuelle pour 37% d'entre eux
- par relation homosexuelle pour 29%

Comparaison du mode de contamination du VIH entre les PDV et la file active 2011 du CHU d'Angers

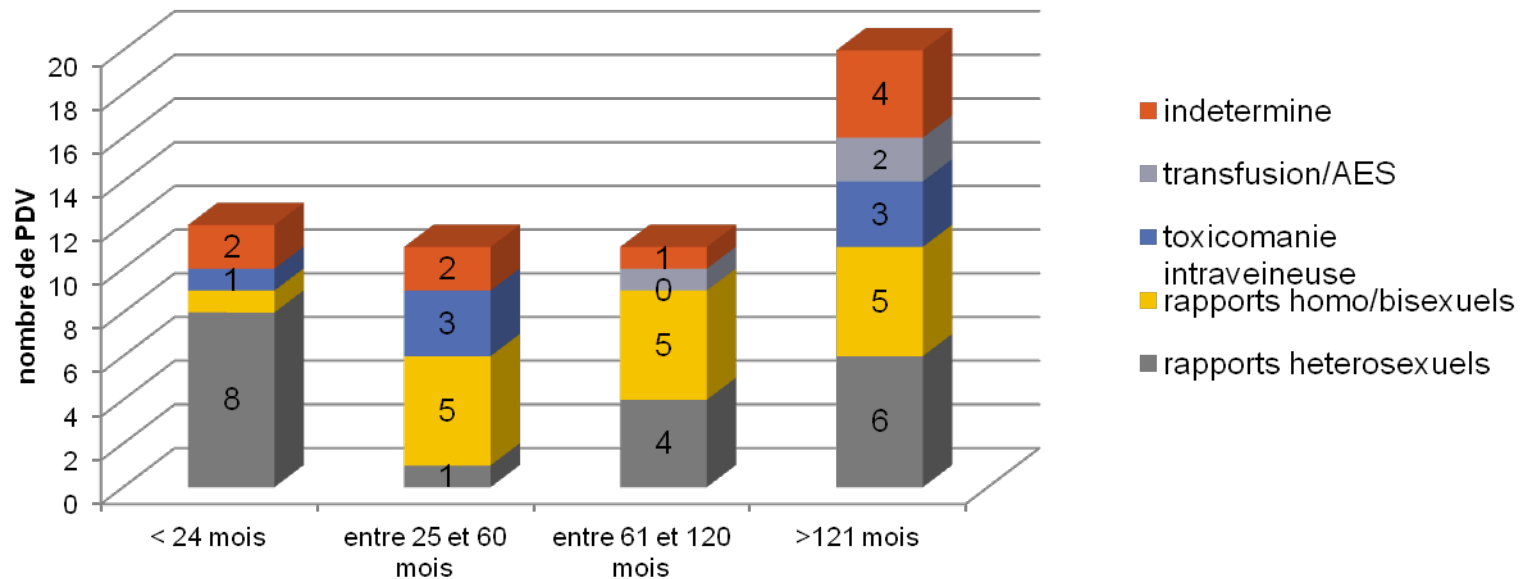


CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION PDV (6)

•Durée moyenne de suivi :

- Le suivi est assuré en moyenne pendant plus de 8 ans
- mais 22% d'entre eux sont perdus de vue dans les 2 années qui suivent le diagnostic

Répartition du mode de contamination en fonction de la durée moyenne de suivi



CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION PDV (7)

- **Stade clinique :**

- Seuls 12 % des PDV sont au stade SIDA

- **Prise en charge thérapeutique :**

- Seuls deux tiers des PDV bénéficient d'une trithérapie antirétrovirale

- **Statut immuno-virologique**

- Parmi les patients traités depuis plus de 6 mois, 30% sont en échec virologique

Critères démographiques et médicaux des PDV comparés à la file active 2011 du CHU d'Angers en analyse multivariée

| Caractéristiques | PDV | File active 2011 | OR ajusté | p |
|------------------------------|-----|------------------|--------------------|---------|
| N | 54 | 617 | | |
| SEXE | | | | |
| Homme | 41 | 413 | 1.48 (0.80 ; 2.74) | 0.21 |
| Femme | 13 | 204 | | |
| PAYS D'ORIGINE | | | | |
| France | 29 | 499 | 0.31 (0.18 ; 0.55) | <0.0001 |
| <u>Afrique subsaharienne</u> | 16 | 102 | 2.1 (1.1 ; 3.95) | 0.019 |
| Amérique du Sud | 1 | 1 | | |
| Europe hors France | 2 | 5 | | |
| Asie | 0 | 3 | | |
| Océanie | 1 | 0 | | |
| Amérique du Nord | 0 | 1 | | |
| Afrique du Nord | 0 | 2 | | |
| Indéterminée | 5 | 4 | | |
| DISTANCE DOMICILE/CHU | | | | |
| Angers | 26 | 276 | 1.14 (0.65 ; 1.99) | 0.64 |
| < 20 km | 4 | 94 | 0.45 (0.14; 1.3) | 0.13 |
| > 20 km dans le département | 13 | 161 | 0.9 (0.42 ; 1.78) | 0.75 |
| Hors département | 11 | 86 | 1.52 (0.77 ; 3.22) | 0.21 |
| ASSURANCE MALADIE | | | | |
| Sécurité sociale seule | 8 | 72 | 1.31 (0.59 ; 2.95) | 0.5 |
| <u>SS et CMU-C</u> | 16 | 76 | 2.96 (1.56 ; 5.62) | 0.001 |
| <u>SS et Mutuelle privée</u> | 24 | 429 | 0.38 (0.21 ; 0.66) | <0.0001 |
| AME/ soins urgents | 2 | 2 | | |
| Non renseigné | 4 | 37 | | |
| AGE AU DIAGNOSTIC | | | | |
| <30 ans | 22 | 225 | 1.19 (0.67 ; 2.11) | 0.54 |
| Entre 30 et 39 ans | 24 | 200 | 1.64 (0.93 ; 2.89) | 0.08 |
| <u>> 40 ans</u> | 8 | 185 | 0.4 (0.18 ; 0.88) | 0.02 |
| Non renseigné | 2 | 7 | | |

MODE DE CONTAMINATION

| | | | | |
|-----------------------------|----|-----|---------------------|------|
| Rapports hétérosexuels | 20 | 269 | 0.77 (0.43 ; 1.37) | 0.37 |
| Hommes | 14 | 108 | 1.64 (0.85 ; 3.15) | 0.14 |
| Femmes | 6 | 161 | 0.36 (0.14 ; 0.87) | 0.02 |
| Rapports homo-bisexuels | 16 | 217 | 0.78 (0.42 ; 1.45) | 0.43 |
| Toxicomanie IV | 4 | 36 | 1.29 (0.43 ; 3.87) | 0.65 |
| Transfusion / AES | 3 | 13 | 2.73 (0.73 ; 10.20) | 0.12 |
| Transmission materno-fœtale | 0 | 0 | | |
| Indéterminé | 9 | 79 | | |

AGE LORS DE LA PDV

| | | | | |
|---------------------------|----|-----|--------------------|-------|
| < 30 ans | 5 | 50 | 1.15 (0.34 ; 3.07) | 0.79 |
| Entre 30 et 39 ans | 21 | 131 | 2.32 (1.29 ; 4.17) | 0.004 |
| Entre 40 et 49 ans | 20 | 216 | 1.03 (0.61 ; 1.95) | 0.77 |
| Entre 50 et 59 ans | 4 | 148 | 0.26 (0.08 ; 0.77) | 0.007 |
| ≥60 ans | 4 | 72 | 0.6 (0.20 ; 1.77) | 0.36 |

STADE CLINIQUE LORS DE PDV

| | | | | |
|----------------|----|-----|--------------------|-------|
| Stade A et B | 41 | 426 | 1.36 (0.73 ; 2.52) | 0.33 |
| Stade C | 7 | 191 | 0.34 (0.14 ; 0.77) | 0.007 |
| Non renseigné | 6 | | | |

STADE BIOLOGIQUE LORS DE PDV

| | | | | |
|-----------------------------|----|-----|--------------------|-------|
| CD4> 350 /ml | 31 | 448 | 0.54 (0.31 ; 0.95) | 0.03 |
| 200<CD4<350/ml | 15 | 85 | 2.38 (1.24 ; 4.55) | 0.007 |
| CD4< 200/ml | 3 | 48 | 0.7 (0.20 ; 2.39) | 0.79 |
| Non renseigné | 5 | 36 | | |

HAART

| | | | | |
|---------------|----|-----|---------------------|---------|
| Oui | 35 | 568 | 0.23 (0.13 ; 0.42) | <0.0001 |
| Non | 17 | 49 | 5.23 (2.71 ; 10.07) | <0.0001 |
| Non renseigné | 2 | | | |

ECHEC VIROLOGIQUE (sous HAART)

| | | | | |
|---------------------------------|-------------|-------------|--------------------|---------|
| CV moyenne (écart-type) | 2.04 (1.54) | 1.31 (0.84) | (0.22 ; 1.24) | 0.006 |
| CV<2.3 log copies /ml | 23 | 536 | 0.14 (0.08 ; 0.26) | <0.0001 |
| CV ≥2.3 log copies /ml | 12 | 38 | 4.31 (2.07 ; 8.98) | <0.0001 |

FACTEURS DE RISQUE DE PERTE DE VUE

- **Origine d'Afrique Subsaharienne** OR = 2.1 (1.1 ; 3.95)
- **Couverture sociale par CMU-C** OR = 2.96 (1.56 ; 5.62)
- **Absence de médecin traitant** OR = 19.12 (7,5 ; 50)
- **Diagnostic récent (moins de 2 ans)** OR = 2.86 (1,33 ; 5,79)
- **Age < 40 ans** OR = 3.34 (1,52 ; 8,34)
- **Taux de CD4, au cours du suivi, entre 200 et 350/ml**
OR = 2.38 (1.24 ; 4.55)
- **Echec virologique chez les patients recevant un ttt**
OR = 4.31 (2.07 ; 8.98)
- **Absence de ttt antirétroviral** OR = 5.23 (2.71 ; 10.07)

FACTEURS DIMINUANT LE RISQUE DE PERTE DE VUE

- **Assurance santé par mutuelle privée** OR = 0.38 (0.21 ; 0.66)
- **Diagnostic après 40 ans** OR = 0.4 (0.18 ; 0.88)
- **Stade SIDA (lors du diagnostic ou lors du suivi)**
OR = 0.34 (0.14 ; 0.77)
- **Age > 50 ans** OR = 0.26 (0.08 ; 0.77)
- **L'activité professionnelle** OR = 0.39 (0.2 ; 0.71)

DISCUSSION : INCIDENCE

Incidence des PDV (1,36 pour 100 pers-années) cohérente avec les études

- Française : NDIAYE 3,5 p100pers-année (*HIV medecine* 2009)
- Européenne : EUROSIDA 2,68 p100pers-année (IC [0,67-13,35]) *HIV medecine* 2008

Tendance inférieure :

- différence de méthodologie (étude rétrospective avec exclusion des patients au suivi intermittent)
- différence de mode identification de PDV (réels et exclusion des patients décédés et les déménagements)

DISCUSSION : FDR DE PDV CONNUS

• Les études françaises

- NDIAYE and AI (Etude du Pas de Calais 1997-2006 dans *HIV medecine*, 2009)
- LEBOUCHE and AI (Etude de Tourcoing 1985-1998 dans *HIV medecine*, 2006)
- LANOY and AI (Etude de base de donnée française 1992-2003 dans *HIV medecine*, 2009)

• Etude européenne

- EUROSIDA : MOCROFT and AI (étude prospective de la file active de 1995, 2000 et 2005 dans *HIV medecine*, 2008)

• Etude américaine

- KRISCHNAN and AI (comparaison des patients recevant HAART vs absence de HAART dans *HIV Clinical Trials*, 2011)

• Etude anglo-saxonne

- HADDOW and AI (Etude rétrospective 2003, dans *Sexually Transmitted Infections*, 2012)

L'âge jeune, l'absence de médecin traitant, l'absence d'activité professionnelle, l'origine étrangère, couverture médicale universelle, diagnostic récent, l'absence de traitement antirétroviral, l'échappement virologique

Plusieurs études ont identifié des modes de contamination comme FDR de PDV ce qui n'est pas significatif dans notre étude

DISCUSSION : BIAIS

- **Analyse rétrospective (renseignement incomplet de certaines variables)**
- **Effectif faible (analyse statistique limitée)**
- **Identification des perdus de vue ne permettant pas l'inclusion des patients au suivi intermittent**

CONCLUSION GENERALE

1. **Identification des PDV réels par l'intermédiaire du médecin traitant**
2. **Etude des PDV**
 - **Calcul de incidence de PDV du service**
 - **Identification des facteurs de risques de perte de vue pour permettre une prise en charge optimisée des patients à risque**
 - **FDR de PDV identifiés sont concordants avec ceux de la littérature**
3. **Proposition d'un protocole d'identification et de relance des patients perdus de vue par l'intermédiaire des médecins traitants**

Merci pour votre attention