

La prise en charge en médecine générale du patient atteint par le VIH

Global HIV care in general/family practice

P. Semaille¹, S. Dubois² et A.F. Gennotte²

¹D.M.G.-U.L.B., ²Service des Maladies Infectieuses, C.H.U. Saint-Pierre

RESUME

Prendre en charge les différents aspects liés à l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) en médecine générale implique des aspects préventif, curatif et psychosocial tout en restant centré sur le patient infecté par le VIH. Les médicaments antirétroviraux permettent le contrôle de l'infection à VIH, préviennent les infections opportunistes et permettent aux personnes atteintes de " vivre leur vie " avec une augmentation de leur espérance de vie, une sexualité active et protégée et le désir de procréer. La prise en charge holistique du patient doit toujours être une préoccupation essentielle.

Une implication plus importante des médecins généralistes dans la prise en charge globale du VIH pourrait augmenter la qualité des soins, réduire la stigmatisation et les discriminations entourant l'infection. Les intervenants en soins primaires peuvent substantiellement réduire la transmission du VIH en renforçant positivement les comportements sexuels protecteurs, en favorisant le counselling ainsi que le dépistage du partenaire de la personne infectée et en travaillant en étroite collaboration avec les centres spécialisés de prise en charge.

Les intervenants en soins primaires doivent jongler entre la connaissance des médicaments (antirétroviraux et autres : effets secondaires, interactions, coût, etc.), les spécificités médicales et psychosociales de la prise en charge, avec et le(s) style(s) de vie du patient. Il n'est pas toujours aisé de trouver en première ligne des informations adéquates. Cet article a pour but de donner aux intervenants en soins primaires des outils pour améliorer le suivi et la prise en charge des patients infectés par le VIH, d'améliorer leurs connaissances et leurs capacités, de renforcer leurs rôles dans la prévention et de les rendre plus confiants dans leurs capacités d'une prise en charge complexe.

Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 367-77

ABSTRACT

Dealing with HIV/AIDS in primary care encompasses preventive, curative, social and psychological aspects within a framework of a person-centred approach. Antiretroviral treatments enable the control of HIV infection, prevent opportunistic infections and allow patients to " live their life " with an increased life expectancy, active sexuality and need to procreate. The holistic care of patients should always be the primary concern.

An increased involvement of GP's in HIV care can raise the quality of care, reduce the stigma and prejudice surrounding HIV. Medical care providers can substantially affect HIV transmission by positively reinforcing changes to safe behavior, by referring patients for specialized services and working in direct collaboration with them, by facilitating partner counseling and testing. However, providers must interweave the " half-baked " science about drug therapies, side effects and drug interactions with the psychosocial and lifestyle factors of the patient. Sometimes it's not easy to find adequate and relevant information about HIV in primary care.

This document will provide primary care gives the keys for improvement, increase their basic HIV-related skills (and strengthen their role in HIV/AIDS prevention and follow-up) and make them more confident in their assessments.

Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 367-77

Key words : HIV, acquired immunodeficiency syndrome, general practice, primary care, HIV seroprevalence, antiretroviral agents, side effects, AIDS-related opportunistic infections, preventive measures, partner counselling and testing, prejudice, pregnancy

INTRODUCTION

On estime fin 2004 qu'en Europe Occidentale près de 610.000 personnes vivent avec le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) /SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquis) et près de 1,4 millions en Europe de l'Est¹. La transmission du VIH par les contacts hétérosexuels est en augmentation constante dans toute l'Europe (59 % des nouveaux diagnostics) ; cette augmentation est largement due à l'augmentation du nombre de cas parmi les personnes originaires de pays où l'épidémie est généralisée et où ce mode de transmission est prépondérant². Les femmes sont plus touchées que par le passé (37 % en 2003 comparé à 32 % en 2002). Les nouveaux cas sont également en augmentation dans la population homosexuelle (30 % en 2003, 24 % en 2001). Les personnes migrantes de l'Afrique Sub-saharienne représentent en Europe de l'Ouest 26 % des nouvelles infections en 2003³. Les jeunes paient un lourd tribut à l'infection : les personnes âgées de moins de 30 ans représentent, en 2003, 29 % des nouveaux diagnostics en Europe de l'Ouest, 45 % en Europe Centrale et 73 % en Europe de l'Est³.

En Belgique, on diagnostique actuellement près de 3 nouvelles infections dues au VIH par jour et on estime à environ 10.000 le nombre de personnes vivant avec le VIH². Le nombre de nouvelles infections a récemment augmenté de manière significative (plus de 50 % sur la période 1997-2003). Le nombre de nouveaux cas d'infections VIH diagnostiqués en 2004 est en diminution de 6,1 % en comparaison de l'année 2003 mais le pic épidémiologique de 1993 est toujours dépassé⁴.

On note également une augmentation du pourcentage de femmes parmi les nouveaux cas (42,9 % en 2001, 45,2 % en 2002), la plupart de ces femmes étant originaires d'Afrique Sub-saharienne⁴. Globalement si on considère la population belge et non belge, le mode de transmission le plus important est la contamination sexuelle, et principalement les rapports de type hétérosexuel (près de 58 % des cas). La transmission hétérosexuelle est dominante chez les personnes provenant de pays où l'épidémie est généralisée, de même que chez les femmes belges². Des contacts homo-bisexuels sont rapportés pour deux hommes belges sur trois. La contamination par injection I.V. de drogue représente 6 % en 2004 (5 % des personnes diagnostiquées en 2003). Les classes d'âge les plus représentées sont celle de 25 à 29 ans chez les femmes et celle des 30 à 34 ans chez les hommes^{3,4}.

Le nombre d'infections sexuellement transmissibles (IST) comme la syphilis, les gonococcies, les chlamydias est également en augmentation dans la population générale et chez les patients infectés par le VIH, indiquant une augmentation des comportements à risque⁵.

Les efforts ciblés susceptibles de protéger les populations vulnérables au VIH/SIDA sont importants

et nécessaires. Mais ils ne peuvent, à eux seuls, stopper l'épidémie. Il est vital que les ripostes au SIDA soient élargies à la population générale et apportent les connaissances et les services aux personnes qui doivent se protéger (prévention primaire) et protéger les autres (prévention secondaire) vis-à-vis VIH/SIDA et des IST.

Malgré ces chiffres, on observe depuis 1996 une diminution du nombre de cas de SIDA grâce à l'introduction du traitement antirétroviral hautement actif (HAART) ainsi qu'une nette diminution de la mortalité. On observe aussi une baisse significative du taux de transmission verticale qui est passé de 25 % à moins de 2 %. Les traitements antirétroviraux permettent le contrôle de l'infection par le VIH, préviennent les infections opportunistes et permettent au patient "de vivre sa vie" avec une augmentation de l'espérance de vie, une meilleure qualité de vie et une sexualité active. L'infection aurait atteint le statut de maladie chronique, mais ceci n'est pas un argument pour diminuer l'importance à accorder aux aspects physiques et psychologiques de la maladie. Ce nouveau "statut" devrait provoquer un déplacement des soins centrés sur l'hôpital vers un partenariat entre les spécialistes et les médecins généralistes. Les acteurs des soins de santé doivent intégrer les connaissances sur les antirétroviraux (indications, particularité de chaque molécule, effets secondaires, interactions, etc.) ainsi que sur les facteurs psychosociaux et le style de vie du patient. Le médecin généraliste occupe la meilleure position pour reconnaître et diagnostiquer l'infection par le VIH, évaluer les comportements à risque du patient et l'aider à les gérer dans le temps, gérer les problèmes complexes liés à la maladie et au traitement antirétroviral (diabète, dyslipidémies, maladie cardiovasculaire, etc.), coordonner les soins avec les autres intervenants dont le médecin spécialiste. Cette coordination est indispensable vu les complexités des traitements et les rapides changements dans le domaine. Le rôle du médecin de famille est donc central : de la prévention (orientée vers l'individu et la collectivité) à la détection, en intégrant le suivi médical du patient (traité et non traité) à l'approche holistique et humaniste caractérisant la médecine générale.

SUIVI MEDICAL EN PREMIERE LIGNE DU PATIENT INFECTE PAR LE VIH ET NON TRAITÉ

Le suivi clinique et biologique du patient non traité peut être réalisé en médecine générale en tenant compte des marqueurs biologiques spécifiques de progression vers le stade SIDA et des indications d'initiation des médicaments antirétroviraux. Ce suivi médical devra être intégré dans une prise en charge globale, en tenant compte des styles de vie du patient, des répercussions psychosociales (isolement relationnel, peur d'être rejeté, prévention secondaire, etc.), et socio-économiques (accès au travail, accès aux assurances, etc.) ainsi que du respect des Droits de l'Homme (discrimination et stigmatisation, héritage, etc.).

Suivi clinique et biologique

Bilan clinique

Le suivi clinique du patient non traité intégrera une anamnèse complète (y compris les épisodes de santé ouverts et fermés, et la recherche d'allergie médicamenteuse, par exemple : pénicilline, sulfamidés, etc.), les conseils d'hygiène de vie (arrêt du tabac, limitation de la consommation d'alcool, encouragement de l'exercice physique, adoption d'un régime alimentaire en cas d'obésité), des données biomédicales (mesure de la tension artérielle, pesée) et un examen clinique en traquant les maladies opportunistes (candidose oropharyngée, sarcome de Kaposi, pneumopathie, etc.) et les autres IST (condylomes, atteinte cutanée dans la syphilis primaire ou secondaire, etc.). Les examens biologiques comporteront un bilan immunovirologique et métabolique.

Bilan immunovirologique

Les marqueurs pronostiques pour la progression du patient non traité vers le stade SIDA sont le taux de CD4⁶, prédisant la progression vers les complications liées au VIH, et la charge virale⁷, méthode pour prédire la diminution du taux des CD4. Ces deux marqueurs biologiques doivent être réalisés 2 à 4 fois par an et être interprétés en tenant compte de certaines variations⁸ :

- le taux de CD4 absolu varie pendant la journée (le plus bas à 12 h 30, le plus haut à 20 h 30). Il peut augmenter en cas d'infections virales (sauf en cas de poussées d'herpès ou de zona où les CD4 chutent), de splénectomie (augmentation rapide et prolongée). Ce taux de CD4 peut diminuer lors d'un traitement par corticostéroïdes ou lors de la survenue de maladies opportunistes. Le sexe, l'ethnie, le stress, etc., influencent peu le taux ;
- la charge virale peut varier selon le sexe (0,23 log plus bas chez la femme) et peut augmenter en cas d'infections aiguës (tuberculose, pneumonie, etc.) ou lors d'une vaccination (augmentation modeste et transitoire).

Bilan métabolique⁹⁻¹¹

Une biologie standard sera réalisée lors du bilan initial puis 2 à 4 fois par an selon les indications. Cette biologie comporte un examen hématologique complet, les tests hépatiques (GOT, GPT, P Alc, GGT, LDH, bilirubine), explore la fonction rénale (créatinine), le pancréas (amylase, lipase), les lipides (HDL-C et LDL, cholestérol total, TG), la glycémie à jeun et les CPK.

Dépistage d'autres maladies dont les IST⁹⁻¹¹

Les sérologies contre l'hépatite A (Anti-HAV IgG), l'hépatite B (HBsAg, Anti-HBc IgG et Anti-HBs), l'hépatite C (Anti-HCV IgG), la syphilis (VDRL et TPHA/RPR), la toxoplasmose (IgG) et CMV (IgG) seront réalisées dans le premier bilan puis annuellement si indication ou si les tests sont négatifs lors du premier bilan.

Autres examens

Une radiographie des poumons sera réalisée si indication, et une intradermoréaction en cas de suspicion de tuberculose. Un examen gynécologique sera proposé 1 à 2 fois par an (entre autres afin de réaliser un frottis de dépistage de l'HPV). Un fond d'œil sera réalisé d'office si les CD4 sont inférieurs à 100 (risque d'atteinte par le CMV).

Vaccinations et prévention des complications infectieuses^{9,10}

Tout vaccin pourra être administré en fonction des cas et des circonstances, à l'exception des vaccins vivants et du BCG. Le vaccin contre la fièvre jaune sera uniquement réalisé chez des patients avec CD4 \geq 300 et se rendant dans un pays à risque d'infection. Les vaccins contre le tétanos, le pneumocoque et la grippe seront réalisés systématiquement. Le vaccin contre l'hépatite A sera proposé chez les patients non immunisés et à risque (voyage, co-infection avec l'hépatite C, risque de transmission oro-fécale lors de pratique sexuelle), de même que le vaccin contre l'hépatite B (partenaires multiples, professionnel de la santé, co-infection hépatite C).

La prophylaxie des maladies opportunistes se base sur le taux de CD4. En effet, en fonction de la baisse de ce taux, certaines infections sont à redouter et à prévenir :

- CD4 inférieur à 200 : prévention du *Pneumocystis carinii*
- CD4 inférieur à 100 : prévention du *Toxoplasma gondii* si IgG positif
- CD4 inférieur à 50 : prévention des mycobactéries atypiques et du *Cytomégalovirus*.

Prophylaxie anti-*Mycobacterium tuberculosis* si intradermoréaction tuberculique positive ou contact avec personne atteinte par la tuberculose.

SUIVI MEDICAL EN PREMIERE LIGNE DU PATIENT INFECTE PAR LE VIH ET TRAITE

Quand débiter un traitement antirétroviral ?

Il y a rarement urgence à débiter le HAART et le patient peut (voire doit) être préparé à la mise en route d'un traitement qu'il devra prendre probablement toute sa vie. Les signes et symptômes cliniques sont les critères principaux pour commencer le HAART⁶. Une balance risque/bénéfice doit être faite entre la nécessité de traiter pour prévenir la progression clinique de la maladie et les risques d'une thérapie à long terme (effets indésirables, résistance, etc.). Chez les patients asymptomatiques, un taux de CD4 inférieur à 200 est le critère pour commencer le HAART, indépendamment de la charge virale¹⁰⁻¹². Lorsque le taux de CD4 est compris entre 200 et 350, le traitement est à prendre en considération et le patient doit être préparé à sa mise en route. Lorsque le taux de CD4 est supérieur à 350, le traitement n'est pas recommandé. La valeur de

Cibler la réplication du VIH

Stages of HIV replication

1. Le virus HIV pénètre dans une cellule T4 (CD4).
2. Le VIH est un rétrovirus : son information génétique est contenue dans un seul brin d'ARN au lieu d'un double brin d'ADN comme dans la plupart des organismes. Pour se répliquer, le virus HIV a besoin de la transcriptase inverse.
3. L'ADN de l'HIV entre dans le noyau de la cellule T4 (CD4) et s'intègre dans l'ADN. L'ADN viral donne des instructions pour fabriquer des copies du virus original.
4. Des nouvelles particules virales sont assemblées et quittent la cellule, prêtes à infecter d'autres lymphocytes T4(CD4).

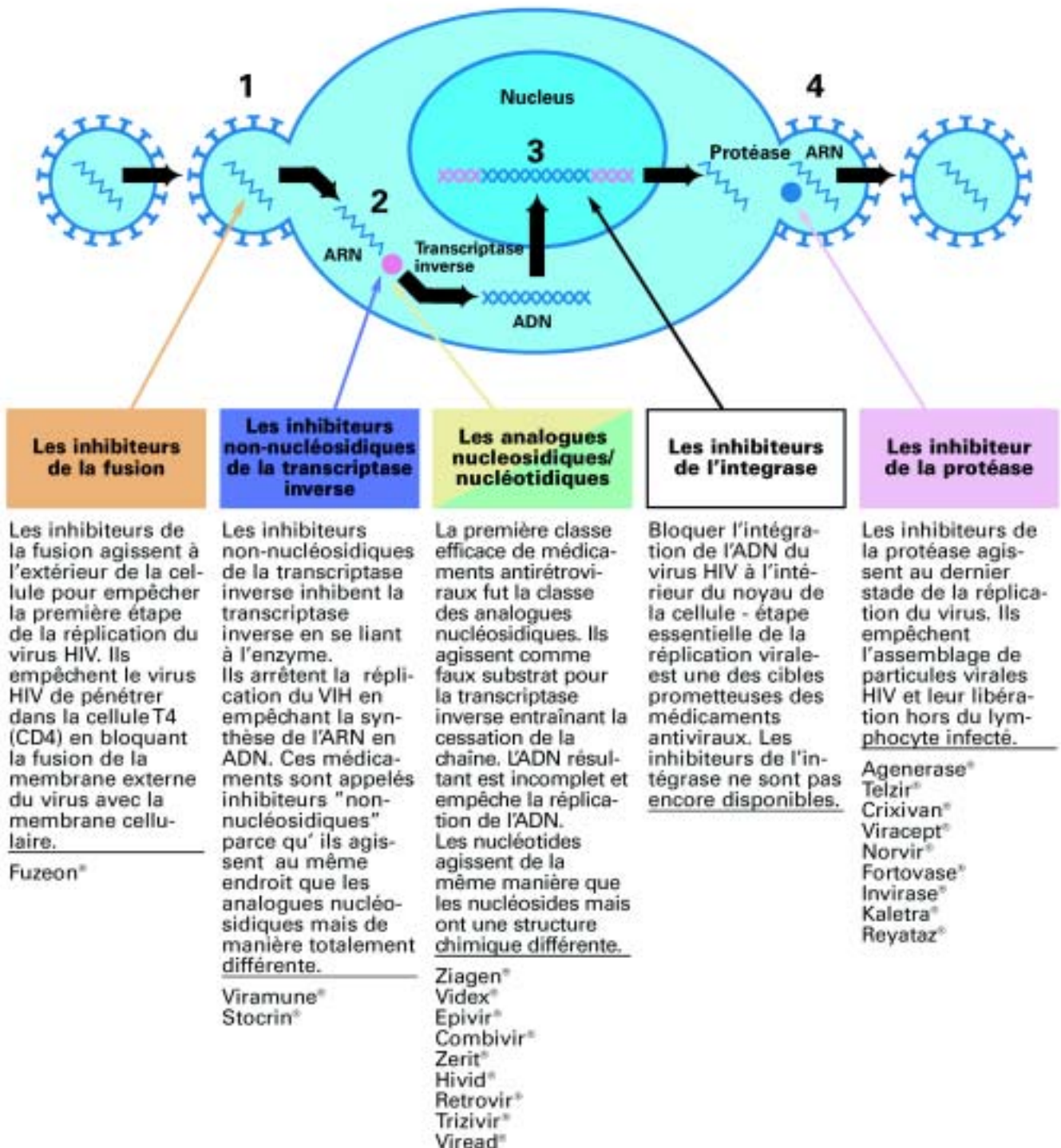


Figure : Cibler la réplication du VIH.

la charge virale est un critère secondaire pour décider de l'instauration d'un traitement mais reste un facteur pronostique péjoratif si elle est supérieure à 100.000 copies^{10,11,13}.

Les objectifs du traitement sont d'assurer la suppression maximale de la réplication virale (c'est-à-dire une charge virale indétectable en 3 à 6 mois), l'immunorestauration optimale, l'amélioration du statut clinique et l'optimisation de la qualité de vie^{10,11,14}. Le choix doit être personnalisé (prise en compte des épisodes de santé antérieurs, de la présence d'une co-infection, d'une grossesse, etc.) et doit tenir compte de l'observance du traitement. L'initiation du traitement se fera donc dans les conditions psychosociales d'une observance optimale. Cette initiation se fait par un

médecin spécialiste mais le généraliste a toute sa place pour garantir l'optimisation de l'observance au traitement.

Les différents traitements antirétroviraux (ART) disponibles en Belgique

Différentes classes d'antirétroviraux sont disponibles en Belgique. Ils agissent sur les différents stades de la réplication virale (Figure et Tableau 1) :

- les inhibiteurs nucléosidiques de la *reverse transcriptase* (NRTI) : ils entrent en compétition avec les nucléosides cellulaires au niveau de la *reverse transcriptase*, bloquant ainsi l'élongation du génome viral. Un inhibiteur nucléotidique a été également développé.

Tableau 1 : Les différents antirétroviraux en Belgique^{9,12,14-16}.

DCI	Nom ®	conservation	Prise et repas	Dose usuelle	Effets indésirables	CI / interactions	Remarques
Inhibiteur de fusion							
Enfuvirtide (T20)	Fuzéon ® (1 comprimé/jour 120 mg et souvent devant être réajusté pour injection s.c.)	Température ambiante (Déliv. max 24h au frigo)	Pas de contrainte	90 mg 2x/J	Réaction au site d'injection (rougeur, prurit, induration, ...) Hypersensibilité Syndrome grippal après injection	Pas d'interaction connue	Peut aggraver l'hypermagnésémie à l'abacavir (Ziagen ®)
NRTI							
Emtricitabine (FTC) (non disponible en Belgique)	Emtriva ®	Pas de contrainte	Pas de contrainte	1gélule/J	Nausée, vomissement Diarrhée Lipodystrophie (atrophie) rash cutané (rare) Acidose lactique (rare)	Pas d'interactions majeures	Élimination rénale
Lamivudine (3TC)	Epivir ® (Ca 150 et 300mg, susp. 10mg/ml)	Pas de contrainte (max 30°C)	Pas de contrainte	300mg 1/J ou 150mg 2/J	Illeg : pancréatite, acidose lactique, neuropathie périphérique Lipodystrophie (atrophie)	Pas d'interactions majeures (AZT, Rétrovir® requie antirétroviraux) antirétroviraux	Élimination rénale Est utilisé également dans le traitement de l'hépatite B chronique
Zalcitabine (ddC)	Hivid ® (Ca 0,375-0,750mg, susp. 5 mg/ml)	Pas de contrainte	Pas de contrainte	0,750mg toutes les 8heures	Neuropathie périphérique Anémie, neutropénie Stomatite, aphte Rash cutané Pancréatite Lipodystrophie (atrophie)	Pas d'interactions majeures (3TC → efficacité des deux ART)	Élimination rénale
Zidovudine (AZT, ZDV)	Rétrovir ® (Ca 300mg, gel. 150-250mg, susp. 10mg/ml)	Pas de contrainte	Pas de contrainte (peut être mieux toléré lors d'un repas mais peu gras)	2 prises/J	Nausée, vomissement Anémie, neutropénie Douleur musculaire Lipodystrophie (atrophie) Acidose lactique (rare)	Pas d'interactions majeures (stavudine → action AZT, art Zalcitabine des deux ART, 3TC (Zovir® → 1 requie antirétroviraux)	Élimination rénale. Possibilité de pigmentation des ongles et cheveux (rare)
Didanosine (ddI)	Videx EC ® (gel. 125-200-250-400 mg)	Pas de contrainte	A jeun avec un grand verre d'eau (à associer avec Videx en même temps pendant le repas)	<60kg: 250mg/J >60kg: 400mg/J	Neuropathie périphérique Lipodystrophie (type atrophie) Acidose lactique (rare) Pancréatite, amylose	Pas d'interactions majeures (si associé avec Videx, requie antirétroviraux, lipodystrophie, pancréatite par l'association en dd)	Élimination rénale. Éviter l'alcool (risque pancréatite)
Stavudine (d4T)	Zérit ® (gel. 30-45mg, susp. 1 mg/ml)	Pas de contrainte	Pas de contrainte	<60kg: 30mg 2x/J >60kg: 40mg 2x/J	Lipodystrophie (si association avec Videx) Neuropathie périphérique Acidose lactique (rare) Pancréatite hypertriglycédermie	Pas d'interactions majeures (AZT → efficacité des deux ART, (si à éviter pendant la grossesse)	La méthadone peut diminuer les concentrations de d4T
Abacavir (ABC)	Ziagen ® (Ca 300mg, susp. 20mg/ml)	Pas de contrainte	Pas de contrainte	2x/J 8mg/kg 2x/J	Fatigue, trouble digestif Hypersensibilité (réaction allergique avec fièvre, rash, érythème, nausée, vomissement/diarrhée, fatigue, anxiété/hépatite, érythème grippe - les premiers 8 semaines) Lipodystrophie (atrophie) Acidose lactique (rare)	Pas d'interactions majeures	Éviter l'alcool (l'association ABC) Élimination rénale
Ténofovir (TFV) (inhibiteur nucléotidique)	Viréad ® (Ca 240mg)	Pas de contrainte	De préférence avec repas léger (éviter les graisses saturées)	1x/J	Trouble digestif Diminution phosphate sang	Pas d'interactions majeures (peut augmenter les concentrations de ganciclovir, valaciclovir, cadavir, avec est l'interactant)	Élimination rénale Est utilisé dans le traitement de l'hépatite B chronique à titre expérimental
Combinaison	Combivir ® : AZT + 3TC	Kivexa ® : 3TC+ABC	Trizivir ® : AZT+3TC+ABC	Truvada ® : FTC+TDF			
NNRTI							
Efavirenz (EFV)	Stocrin ® (gel. 200-600mg, 4mg)	Pas de contrainte	Pas de contrainte (éviter les graisses car l'absorption, Prendre le soir (soit à jeun))	1x/J	Neuropsychologique (parésie, insomnie, vertiges, troubles du comportement, cauchemars, ...) Rash (allergie) Augmentation cholestérol Altération test hépatique	Cl. spécial : ergotamine et dérivé, midazolam, triazolam, zolpidem, oxazepam, cefepime, cefepime Interaction possible : mifepristone inhibiteur 3A4 (voir tableau 2) Diminue les effets de rifabutine, rifampicine	Faux positif lors de test de détection du canabis
Névirapine (NVP)	Viramune ® (Ca 200mg, susp. 50mg/ml)	Pas de contrainte	Pas de contrainte	2x/J (prendre par 1h) pendant 2 semaines	Allergie cutanée Trouble digestif Altération test hépatique	Cl. spécial : érythromycine, rifampicine (interaction possible inhibiteur 3A4 (voir tableau 2) Diminue les effets de cefepime	Diminution de la concentration sanguine de la méthadone et pilule contraceptive

Tableau 1 (suite) : Les différents antirétroviraux en Belgique^{9-12,14-16}.

DCI	Nom ®	conservation	Prise et repas	Dose usuelle	Effets indésirables	Interactions	Remarques
IP							
Amprénavir (APV)	Agénérase ® (capsule 50-150mg, stick)	Pas de contraintes	Pas de contraintes (éviter repas riche en graisse (réception))	8 capsules 2xJ (association fréquente avec Norvir ® ou Kaletra ® pour J le soir 2 gelé Norvir ® 150-150mg agénérase en 1 priseJ 4 Kaletra ® = 5 caps Agénérase® 2xJ)	Trouble digestif Éruption cutanée S Stevens-Johnson (1%) Parosmées périorales ou périphériques Augmentation transaminases Lipodystrophie	Q, tétracyclines, tétrazolam, triazolam, ergotamine, nitroglycérine, fentanyl, dufléramine, carbamazépine, tricyclics, méthamphétamine Diminue les effets de contraceptifs oraux, théophylline Augmente les effets de carbamazépine, tricyclics, antiarythmiques, anticoagulants	Les antacides et le jus de pamplemousse diminuent les effets de l'amprénavir Des effets 2° du sidénafil et de la tadalafil
Indinavir (IDV)	Crixivan ® (gelé 120-200-420mg)	Craint l'humidité mais peut être conservé dans le façon d'origine	A jeûn (sauf si associé au Norvir ®)	2 gelé 400mg 3xJ Si associé au norvir: 1 à 2 gelé 400mg 2xJ	Trouble digestif Lithiase rénale ou néphrocalciolite Divers: sécheresse, peau/lèvres, perte poids, perte cheveux, céphalée, goût métallique, rash, augmentation transaminases, thrombocytopénie, angle incamé, hyperbilirubinémie Lipodystrophie	Q, colestiramine, amiodarone, mifépristone, nifédipine, ergotamine, nitroglycérine, fentanyl, dufléramine, carbamazépine, tricyclics, méthamphétamine Diminue les effets de contraceptifs oraux, théophylline, nifédipine Augmente les effets de triazolam, carbamazépine, anti-coagulant	Le millepertuis et le jus de pamplemousse diminuent les effets de l'indinavir Des effets 2° du sidénafil, de la tadalafil, des statines (sauf atorvastatine) La tétracycline et l'inséprazine augmentent les effets de l'indinavir
Saquinavir (SQV)	Invirase ® (gelé + sticks + 200mg)	Pas de contraintes sauf T<28°C	Pendant repas si associé au norvir® Pas de contraintes si seul	6 gelé 2xJ Si associé norvir: 8 gelé en 1 priseJ	Trouble digestif (mieux avec repas) Augmentation des transaminases Céphalées Diabète - hyperglycémie Lipodystrophie	Fallox, inhibiteur H2/H3 3xJ Q, tétracyclines, mifépristone, nifédipine, ergotamine, nitroglycérine, fentanyl, dufléramine, carbamazépine, tricyclics, méthamphétamine Diminue les effets de contraceptifs oraux Augmente les effets de carbamazépine, anti-coagulant	Des effets 2° du sidénafil et le jus de pamplemousse diminuent les effets de l'indinavir La tétracycline et le jus de pamplemousse diminuent les effets du saquinavir
	Fortovase ® (capsule + dure + 200mg)	Pas de contraintes sauf T<25°C	Avec repas important sauf si associé au norvir	8 capsules 3xJ Si associé norvir: 8 gelé en 1 priseJ			
Lopinavir (LPV)	Kaletra® (capsule avec ritonavir®, 2x 150mg, PV+33mgRTV)	T<25°C Max 1 mois	Avec ou juste après repas	3 gélules 2xJ	Diarrhée et selles molles Augmentation des transaminases Lipodystrophie Lipide	Q, colestiramine, mifépristone, nifédipine, ergotamine, nitroglycérine, fentanyl, dufléramine, carbamazépine, tricyclics, méthamphétamine Diminue les effets de contraceptifs oraux Augmente les effets de carbamazépine, anti-coagulant, mifépristone, théophylline, fentanyl, dufléramine, triazolam	Des effets 2° du sidénafil et le jus de pamplemousse diminuent les effets de l'indinavir Des effets 2° du sidénafil, de la tadalafil, de la clarithromycine, du supraxon
Ritonavir (RTV)	Norvir ® (capsule 100mg)	T<25°C Max 1 mois (au frigo-bac rigide si conservé + de 35J)	Avec ou juste après repas (mieux toléré)	Est associé avec autre PI	Trouble digestif (Diarrhée) Lipodystrophie Divers: Parosmées périorales, 1CPK transaminases/ac urique, trouble du goût, asthénie, hépatite	Q, colestiramine, mifépristone, nifédipine, ergotamine, nitroglycérine, fentanyl, dufléramine, carbamazépine, tricyclics, méthamphétamine Diminue les effets de contraceptifs oraux Augmente les effets de carbamazépine, anti-coagulant, mifépristone, théophylline, fentanyl, dufléramine, triazolam	Peut diminuer les concentrations plasmatiques de la rifampicine Le millepertuis et le jus de pamplemousse diminuent les effets de l'indinavir Des effets 2° du sidénafil, de la tadalafil, de la clarithromycine, du supraxon
Atazanavir (ATV)	Reyataz ® (gelé 150-200mg)	T<25°C	Avec ou juste après repas	2 caps 150mg 1xJ si norvir® 2 caps 200mg en 1xJ si seul (si associé vitamine ou stérols ATV® 200mg 2 caps 1 priseJ) Si associé ritonavir: ne pas les prendre en même temps	Augmentation bilirubine indirecte Augmentation des transaminases Trouble digestif Fatigue, céphalée, insomnie lipodystrophie	Q, tétracyclines, mifépristone, nifédipine, ergotamine, nitroglycérine, fentanyl, dufléramine, carbamazépine, tricyclics, méthamphétamine Diminue les effets de contraceptifs oraux Augmente les effets de diltiazem	Les antacides et les H2 antagonistes diminuent les effets de l'atazanavir Des effets 2° du sidénafil, de la tadalafil, de la clarithromycine, du supraxon
Fosamprenavir (fAPV)	Telzir ® (gelé 700mg, Invivore associé au norvir ®)	Pas de contraintes	Pas de contraintes	1 gelé Telzir+1 gelé Norvir 2xJ 2 gelé Telzir + 2 norvir 100-1xJ (si association avec Kaletra ®: 2x400 Kaletra et 2x200 Telzir) Stocrin: ritonavir: 3 gelé Norvir	Bash cutané Toxicité hépatique Trouble digestif lipodystrophie	Q, tétracyclines, mifépristone, nifédipine, ergotamine, nitroglycérine, fentanyl, dufléramine, carbamazépine, tricyclics, méthamphétamine Diminue les effets de contraceptifs oraux, théophylline Augmente les effets de carbamazépine, tricyclics, antiarythmiques, anticoagulants, strontazine	Les antacides diminuent les effets de l'fosamprenavir Des effets 2° du sidénafil et de la tadalafil
Nelfinavir (NFV)	Viracept ® (compr 250 mg, poudre)	Pas de contraintes	Pendant ou juste après un repas copieux	5 Co 2xJ	Diarrhée Augmentation des transaminases lipodystrophie	Q, colestiramine, amiodarone, mifépristone, nifédipine, ergotamine, nitroglycérine, fentanyl, dufléramine, carbamazépine, tricyclics, méthamphétamine, primidone, quinine, statine (sauf pravast) Diminue les effets de contraceptifs oraux Augmente les effets de colestiramine, anti-coagulant, carbamazépine	Des effets 2° du sidénafil et de la tadalafil Le millepertuis diminue les effets du viracept
Inhibiteur de fusion Enfuvirtide (T20)	Fuzéon ® (facon de poudre 100 mg et solvent devant être mélangé pour injection 8.4)	Température ambiante Dilué: max 24h au frigo	Pas de contraintes	90 mg 2xJ	Réaction au site d'injection (rougeur, prurit, induration...) Hypersensibilité Syndrome grippal après injection	Pas d'interaction connue	Peut aggraver l'hypersensibilité à l'atazanavir (Zigen ®)

- les inhibiteurs non nucléosidiques de la *reverse transcriptase* (NNRTI) : ils modifient spécifiquement le site catalytique de la *reverse transcriptase*, rendant l'enzyme inactive. Ils sont spécifiques de la *reverse transcriptase* du VIH1.
- les inhibiteurs de protéase (PI) : ils inhibent la protéase permettant la maturation des précurseurs des protéines constitutives de la particule virale, ce qui bloque la formation des particules virales ou engendre des particules incomplètes et non infectantes.
- les inhibiteurs de la fusion : ils visent à empêcher la pénétration du virus dans la cellule. L'enfuvirtide se fixe sur la gp41 et bloque son activité fusiogène.

Parmi les nouvelles molécules à l'étude, citons les antagonistes du CCR5 visant à bloquer le récepteur CCR5 présent à la surface des lymphocytes CD4 et les inhibiteurs de l'intégrase inhibant l'intégration de l'ADN proviral dans l'ADN de la cellule hôte. Des informations sur les études cliniques figurent sur le site <http://clinicaltrials.gov>

Les interactions médicamenteuses^{15,16}

Les interactions les plus fréquemment rencontrées concernent les NNRTI et les PI, métabolisés par le cytochrome P450, et en particulier le 3A4 (Tableau 2). Les médicaments utilisant la voie du CYP3A4 sont contre-indiqués ou utilisés avec une

Tableau 2 : Inhibiteurs et inducteurs du cytochrome P450 3A4¹⁶.

<ul style="list-style-type: none">• Substrats :<ul style="list-style-type: none">- <i>Antiarythmiques</i> : amiodarone, disopyramide, lidocaïne, quinidine- <i>Agents anti-infectieux</i> : clarithromycine, érythromycine, itraconazole, kétoconazole, indinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir- <i>Benzodiazépines</i> : alprazolam, diazépam, midazolam, triazolam- <i>Antagonistes du calcium</i> : dihydropyridines, diltiazem, vérapamil- <i>Statines</i> : atorvastatine, simvastatine- <i>Divers</i> : buspirone, carbamazépine, ciclosporine, cisapride, dihydroergotamine, ergotamine, éthinyloestradiol, pimoziide, sildénafil, sirolimus, tacrolimus, tramadol, losartan• Inhibiteurs : Cimétidine, clarithromycine, diltiazem, érythromycine, fluvoxamine, indinavir, itraconazole, kétoconazole, nelfinavir, jus de pamplemousse, ritonavir, saquinavir, vérapamil• Inducteurs : Barbituriques, carbamazépine, éfavirenz, felbamate, millepertuis, névirapine, phénytoïne, rifabutine, rifampicine, et probablement topiramate
--

prudence extrême, toujours avec l'aide d'un infectiologue.

Citons certaines statines (simvastatine, atorvastatine), certains antipaludéens (quinine, méfloquine, halofantrine), les antifongiques, les macrolides.

Chaque antirétroviral a des caractéristiques particulières, ainsi le nelfinavir est également métabolisé par le CYP2C19, la névirapine et l'éfavirenz sont des inducteurs enzymatiques, etc.

L'effet inducteur de certains IP diminue les concentrations d'éthinyloestradiol (avec risque de diminution de l'efficacité de la contraception orale) et de méthadone.

(Pour plus de détails voir les sites <http://www.hiv-druginteractions.org> et <http://www.medscape.com/druginterchecker>)

Les principaux effets secondaires des antirétroviraux^{15,16} (Tableau 1)

Les effets indésirables des ART sont souvent complexes, multiples, de classe ou spécifique à chaque molécule. Le médecin généraliste prenant en charge des patients sous traitement sera tout particulièrement attentif à l'apparition de ces effets. Il tentera, dans la mesure du possible, de les prévenir, et de mentionner au patient les attitudes à adopter en cas de survenue (par exemple dompéridone ou métoclopramide en cas de nausée, lopéramide contre la diarrhée – ces 2 effets secondaires étant très fréquents lors de l'initiation des ART).

Les effets indésirables les plus fréquemment rencontrés avec les ART sont en général passagers et surviennent en début de traitement : les nausées avec AZT et Norvir®, de la fatigue, des maux d'estomac et

des diarrhées avec Videx®, Norvir® et Viracept®, des maux de tête et des perturbations du sommeil avec Epivir® et Stocrin®, des sentiments de picotements et des sensations de brûlure dans les mains et les pieds avec Videx®, Zérit® et Hivid®.

L'association d4T+ddl (Zérit®+Videx®) est à risque plus élevé d'acidose lactique. Le Stocrin® peut provoquer des troubles du comportement. Un traitement symptomatique peut être prescrit. Dans tous les cas, il faut encourager l'observance du traitement par le malade les 6 premières semaines.

Il y a des effets secondaires que le généraliste doit connaître et prendre en charge pour le suivi du patient. Citons parmi les plus graves :

- l'hypersensibilité cutanée ou respiratoire dues à l'abacavir (Ziagen®) ;
- l'hypersensibilité cutanée et l'intolérance hépatique dues à la névirapine (Viramune®) ;
- les pancréatites aiguës dues au ddl (Videx®) ;
- les coliques néphrétiques dues à l'indinavir (Crixivan®) nécessitant en prévention la prise de boisson abondante.

A côté des effets spécifiques de certaines molécules, on peut également observer des effets de " classe " :

- toxicité mitochondriale avec les NRTI : neuropathie, pancréatite, acidose lactique, myopathie, myélotoxicité, hépatite, lipo-atrophie (au niveau des boules de Bichat, etc.). Cette toxicité s'observe principalement avec la stavudine-Zérit® (avec hyperlipidémie mixte et résistance à l'insuline), l'association stavudine (Zérit®) + didanosine (Videx®) et la zidovudine (Rétrovir®) ;
- hypersensibilité avec les NNRTI : rash (plus particulièrement avec la névirapine, et un peu moins avec l'éfavirenz), fièvre, hépatite, etc. La névirapine altère le moins le profil lipidique ;
- anomalies métaboliques avec les inhibiteurs de protéase : hyperlipidémies, résistance à l'insuline (principalement avec l'indinavir), lipo-accumulation (augmentation graisse viscérale).

Observance du traitement

Les traitements antirétroviraux sont des traitements de longue durée, nécessitant une, deux, voire trois prises par jour de plusieurs médicaments même si la plupart des schémas thérapeutiques vont vers une simplification des prises (moins de comprimés et moins souvent). Le patient peut être tenté d'abandonner son traitement totalement ou partiellement or la mauvaise prise d'antirétroviraux peut provoquer l'apparition de résistance du VIH^{17,18}. Une bonne observance implique un véritable partenariat entre le médecin et le patient tant au moment de l'instauration du traitement que de son maintien au long cours. Il faut tenir compte de l'histoire personnelle du patient (prendre le temps d'écouter, de s'intéresser, tenir compte des perceptions psychologiques), des facteurs culturels (ethniques), de l'histoire familiale, du cadre de

vie, des conditions de travail, de l'environnement. Le plan thérapeutique devra être individualisé, en concertation avec le patient. Il faudra expliquer les tenants et aboutissants du traitement et de la maladie (risques d'échec /résistance/...), expliquer pourquoi l'observance est importante (lors de changement de traitement et lors de consultation "de routine") et signaler les effets secondaires et les solutions possibles. Le médecin insistera à chaque consultation sur les effets bénéfiques du traitement (augmentation des CD4, diminution de la charge virale, amélioration de la qualité de vie, etc.) et utilisera des outils favorisant l'observance¹⁹ comme des instructions écrites, une carte posologique, un pilulier (semainier, de poche ou électronique).

Suivi clinique et biologique⁹⁻¹²

Le suivi clinique du patient traité intégrera les précautions d'hygiène universelles et sexuelles, à des données psychosociales (répercussion de la prise des ART sur la famille ou l'entourage proche, conservation des médicaments, etc.), des données biomédicales (mesure de la tension artérielle, pesée) et à un examen clinique en traquant les maladies opportunistes et les signes d'apparition d'effets indésirables. Le suivi biologique comportera un bilan immunovirologique et métabolique. Le bilan sanguin sera réalisé un mois après l'initiation du traitement et ensuite tous les trois mois. Cette biologie comporte un examen hématologique complet, les tests hépatiques (GOT, GPT, P Alc, GGT, LDH, bilirubine), la fonction rénale (créatinine), les tests pancréatiques (amylase, lipase), les lipides (HDL et LDL-C, cholestérol total, TG), la glycémie à jeun et les CPK et le lactate si indiqué. Les diverses sérologies (HAV, HBV, HCV, toxoplasmose, CMV, syphilis) seront réalisées si les tests s'étaient avérés négatifs lors du premier bilan. En cas de sérologie positive pour le HCV, une PCR qualitative doit être demandée afin d'exclure ou prouver la présence d'une hépatite C chronique.

Une radiographie des poumons sera réalisée si indication. Une intradermoréaction négative initialement sera contrôlée annuellement. Un examen gynécologique sera proposé 1 à 2 fois par an et un fond d'œil sera réalisé 2 à 4 fois par an si les CD4 sont inférieurs à 100.

PROBLEMES PSYCHOSOCIAUX, DISCRIMINATION ET STIGMATISATION

Il est important de maintenir dans notre pays une vigilance tant du point de vue de la progression de l'épidémie que des réponses sociales qui sont apportées aux multiples problèmes qui se posent encore aujourd'hui aux personnes infectées. L'isolement moral est plus que jamais d'actualité et il peut déboucher sur de graves difficultés de gestion de la vie quotidienne. Le rejet et la peur conduisent les malades à une précarisation médico-psycho-sociale douloureuse ainsi qu'à des problèmes d'observance au traitement. Parmi ces difficultés, les problèmes financiers découlant

de l'infection par le VIH occupent une place importante : plusieurs personnes peuvent être atteintes au sein d'une même famille. Par ailleurs, même si les traitements antiviraux sont remboursés par l'assurance maladie-invalidité, les frais liés aux traitements associés dépassent souvent une centaine d'euros par mois, à charge du patient, malgré sa mutuelle en ordre. Les effets indésirables des nouvelles molécules nécessitent d'autres médicaments, des traitements diététiques et certaines interventions chirurgicales parfois très coûteuses. Les hospitalisations, même si elles sont moins longues et moins fréquentes qu'auparavant, ne sont pas à exclure. Lorsque l'infection atteint plusieurs personnes d'une même famille, ces frais sont multipliés. La plupart des frais pharmaceutiques encourus n'entrent pas en ligne de compte dans la franchise sociale et fiscale. Les aides accordées par les CPAS et autres services sociaux sont soumises à de très strictes conditions d'octroi et sont parfois accordées au détriment de la confidentialité qui devrait entourer ce diagnostic.

Une maladie longue et chronique entraîne une baisse de revenus, si l'état de santé des personnes requiert un mi-temps médical ou une incapacité de travail. De plus, les personnes infectées par le VIH font l'objet d'une politique d'exclusion des assurances soins de santé et des revenus complémentaires et de remplacement qui pourraient alléger le poids financier du suivi médical et paramédical.

Toutes ces charges financières réduisent bien souvent à néant le budget "loisir" ou "vacances" des patients, des familles, des enfants et adolescents touchés par le VIH. Des enfants doivent, par exemple, renoncer aux voyages scolaires, à leurs inscriptions dans un club de sport, et sans toujours comprendre la raison.

Ce sont parfois les besoins de base des patients qui sont directement menacés par les problèmes financiers liés à l'infection par le HIV : retards de paiement du loyer, des notes de gaz et d'électricité, report de l'achat des médicaments associés et/ou préservatifs (avec mise en difficulté de la prévention secondaire) pour des raisons budgétaires qui conduisent à des choix de priorités impossibles à établir.

Or, il s'agit de tenir le cap sur le long terme... Et n'oublions pas qu'en Belgique, certaines personnes ne sont pas couvertes par l'assurance soins de santé. Depuis décembre 1996, l'arrêté royal sur l'Aide Médicale Urgente AMU²⁰ oblige les CPAS à octroyer, aux patients infectés par le VIH et en situation illégale, la prise en charge financière des traitements antiviraux, des consultations et des hospitalisations. Cette loi ne contraint toutefois pas les CPAS à accorder l'aide sociale. Par conséquent, il n'est pas rare que des personnes séropositives, et en particulier des femmes africaines ayant charge d'enfants, vivent des situations de grande précarité.

Les nouveaux traitements, lorsqu'ils sont

efficaces, autorisent les patients atteints à espérer un avenir sans limite précise. Certains patients qui se trouvaient en incapacité de travail depuis de nombreuses années se voient confrontés aux problèmes complexes de la réintégration professionnelle et du chômage. Les projets familiaux refont surface, de même que le désir d'enfant. Chez les plus nantis, le projet d'achat d'une maison va se heurter à l'impossibilité de souscrire à l'assurance vie qui accompagne généralement la souscription d'un prêt hypothécaire. Les réponses sociales existantes sont clairement insuffisantes. Heureusement le médecin généraliste n'est pas seul pour aider, soutenir, donner des pistes voire des réponses. Il est important qu'il connaisse tout le réseau social de son quartier (ou du quartier de son patient) et les structures associatives de soutien (*Siréas* – service, *Espace P* et *Adzon-Mozaïek* prostitution masculine et féminine, *Aide Info SIDA* pour ses groupes de parole et ses accompagnements, *Ex-Aequo* pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, le *Fonds de Solidarité SIDA* pour une aide matérielle et financière, etc.).

C'est un travail d'équipe transdisciplinaire qui devrait se mettre en place autour du patient.

LES ASPECTS DE PREVENTION SECONDAIRE

La prévention secondaire vise principalement à prévenir la transmission à partir du patient infecté et donc à limiter l'extension de l'épidémie. Elle implique aussi la prévention du risque de contamination par une autre infection sexuellement transmissible. Deux aspects sont discutés : la prévention horizontale/verticale et la prévention par rapport au risque de contamination par voie sanguine.

La prévention sexuelle horizontale et verticale

Comme tout un chacun, les patients infectés par le VIH ont des difficultés à maintenir sur le long terme des conduites sexuelles sans risque. On constate, en effet :

- auprès de la population générale : une augmentation de la prévalence des IST⁵ (comme la syphilis, le Chlamydia, etc.), un affaiblissement des normes de prévention et la croyance que les traitements suppriment la transmission du VIH ;
- auprès des patients séropositifs au VIH : une augmentation des IST chez les homo/bisexuels séropositifs et une augmentation des infections à HPV chez les femmes séropositives, une augmentation de la séropositivité chez les partenaires initialement négatifs de personnes séropositives, une utilisation peu constante du préservatif et enfin la croyance que les traitements suppriment la transmission du VIH.

Au cours de la prise en charge d'un patient séropositif, il est donc important d'être attentif aux aspects préventifs et de les aborder. Chaque rapport sexuel, chaque rencontre, repose le problème d'une

transmission possible du virus (et d'un risque d'acquisition d'une autre IST), renvoie le patient à sa séropositivité et à un secret parfois difficile à gérer. Révéler son diagnostic à son partenaire, c'est courir le risque du rejet et de la diffusion de l'information ; c'est aussi lui donner une chance de se faire tester. Pour les femmes séropositives au VIH, comme pour les hommes hétérosexuels, la relation sexuelle pose la question du désir d'enfant et d'une possibilité de grossesse.

Il faudra pouvoir mettre les personnes en confiance, les informer par rapport aux risques qu'elles font courir aux autres et qu'elles courent elles-mêmes, les encourager à adopter le *Safer Sex*, les aider à révéler leur diagnostic à leur(s) partenaire(s) afin que ce(s) dernier(s) puisse(nt) se faire tester.

Les modes de transmission sexuelle du VIH sont connus ; les risques de transmission vont du plus important au plus faible : anal réceptif, anal insertif, vaginal réceptif, vaginal insertif, fellation avec éjaculation, fellation sans éjaculation. Des contaminations VIH lors des fellations non protégées sont décrites dans la littérature²¹ et les centres spécialisés rapportent un nombre croissant de personnes nouvellement infectées invoquant comme seul facteur de risque des fellations non protégées.

Certains facteurs peuvent aggraver la transmission sexuelle, notamment l'infectiosité du partenaire²² en raison d'une charge virale élevée, d'un taux de CD4 < 200/mm³, la présence d'infections ou de lésions génitales (MST, viol, etc.), les saignements au cours des rapports sexuels (viol, menstruations, etc.).

En cas de rupture du préservatif, il est important que le partenaire puisse bénéficier des traitements antiviraux de post-exposition endéans les 4 à 72 heures^{9,10,23}. Ces traitements de 1 mois sont prescrits dans les centres spécialisés mais ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie-invalidité.

Il convient d'informer les femmes enceintes séropositives de l'existence des traitements de la prévention de la transmission verticale et de les encourager à consulter un centre spécialisé pour le VIH.

Les progrès scientifiques permettent à présent à de nombreux couples concernés par le VIH d'envisager une grossesse. Il faut distinguer les situations des couples sérodiscordants et celles des couples séroconcordants qui présentent un risque de super-infection par un autre type de VIH. Les techniques de procréation médicalement assistée (auto-insémination, lavage de sperme) appliquées dans certains centres permettent d'éviter la contamination du partenaire non infecté.

Même si l'abord de la prévention auprès des personnes infectées est complexe et les facteurs culturels et psychologiques pas toujours faciles à appréhender, un certain nombre de mesures simples peuvent être appliquées régulièrement ou

recommandées :

- un examen clinique des organes génitaux et de l'orifice anal afin de diagnostiquer une autre IST ainsi qu'un frottis du col de l'utérus ;
- le dépistage systématique du VHC, du VHB et du VHA avec vaccination si nécessaire ;
- l'usage du préservatif masculin ou féminin, seule protection vis-à-vis du VIH et des principales IST ;
- la consultation du (des) partenaire(s) avec proposition de tests sérologiques.

En matière sexuelle, rien n'est jamais définitivement acquis... Le moment de la consultation doit permettre un bilan de la santé sexuelle du patient, en dissociant les recommandations de prévention de la discussion sur la sexualité.

Les personnes séropositives ont un rôle actif à jouer dans la prévention des nouvelles contaminations.

La prévention secondaire implique de soutenir les personnes séropositives dans l'adoption et le maintien de comportements de protection vis-à-vis des autres mais aussi d'eux-mêmes, et de proposer un dépistage de qualité aux partenaires et à l'entourage familial des patients séropositifs.

Si la demande du patient dépasse l'offre de la consultation de prise en charge, le patient sera orienté vers une consultation de prévention spécifique avec des professionnels formés à l'écoute. Cette consultation pourra se faire soit dans le circuit de soins du patient (équipe pluridisciplinaire des centres de référence Sida), soit hors du cadre de prise en charge thérapeutique (centres de santé mentale, secteur associatif, etc.).

La prévention par rapport au sang

Les patients infectés par le VIH ne font courir aucun danger dans les collectivités si les précautions d'hygiène universelles sont appliquées par rapport au sang. La circulaire ministérielle²⁴ à destination du monde de l'accueil de l'enfance et des écoles précise qu'il n'y a aucune raison de vouloir identifier un enfant séropositif.

- on informera les personnes infectées par le VIH des mesures à prendre en cas de blessure ;
- chez les usagers de drogues, on recommandera le non-échange des seringues, des aiguilles et autres matériels (pailles, coton, cuiller, etc.) ;
- en cas d'exposition au sang lors d'une piqûre accidentelle, il faut immédiatement contacter un centre spécialisé ou se rendre dans la salle d'urgence de l'hôpital qui dispose d'un centre spécialisé afin d'évaluer la nécessité de débiter une prophylaxie antivirale de post-exposition^{9,10,23}. Ce traitement doit être idéalement administré dans les 4 heures qui suivent l'accident (au plus tard dans les 72 heures). Rappelons pour les acteurs des soins de santé l'importance de la vaccination contre l'hépatite B et le fait de ne jamais recapuchonner une aiguille.

EN CONCLUSION

Dans le cadre global de la promotion de la santé²⁵, le médecin généraliste/médecin de famille mettra en valeur les ressources sociales et individuelles et les capacités physiques des patients, leur permettant ainsi d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. En concertation avec le patient, les rôles du médecin généraliste/médecin de famille sont de permettre aux patients infectés par le VIH de gérer leur santé par un accompagnement et une éducation médicale (au niveau préventif, thérapeutique, etc.), en identifiant l'importance de leur style de vie, leur culture et leur religion. Il faut leur permettre d'accéder à une même qualité de soins quels que soient les services de soins de santé auxquels ils font appel. L'impact défavorable de l'exclusion sociale et de la stigmatisation/discrimination sera abordé.

Le rôle du médecin de famille est donc central : de la prévention (orientée vers l'individu et la collectivité) à la détection, en intégrant le suivi médical du patient traité et non traité, à l'approche holistique et humaniste caractérisant la médecine générale. Une implication plus importante du médecin généraliste dans la prise en charge du patient VIH positif peut augmenter la qualité des soins, contribuer à limiter l'extension de l'épidémie, réduire les stigmates et les préjudices entourant le VIH. Un guide de prise en charge du VIH, des IST et des infections transmissibles par le sang en première ligne est actuellement en développement et sera disponible prochainement sous une version papier, un site Internet (<http://www.guide-ist-vih.info>) (projet soutenu par la Communauté française) et un CD-Rom. Ce guide a comme objectif d'être un document de référence pour soutenir les intervenants de première ligne dans leur prise en charge de ces différentes maladies et d'être un guide de réinsertion(intégration) des patients dans la vie sociale.

BIBLIOGRAPHIE

1. UNAIDS : Report 2004 on the global HIV/Aids epidemic (www.unaids.org)
2. Stratégies concertées du secteur de la prévention du Sida et des IST en Communauté française. Avril 2005. Observatoire du Sida et des sexualités
3. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS Surveillance in Europe. November 2004. Report 70. EuroHIV – Institut de Veille Sanitaire
4. Le SIDA en Belgique. Situation au 31 décembre 2004. Rapport semestriel 60. Institut scientifique de la Santé Publique
5. Defraye, Sasse A : Surveillance des MST via un réseau sentinelle de cliniciens en Belgique. Institut Scientifique de Santé Publique, Section Epidémiologie. Bruxelles, 2004
6. Egger M, May M, Chene G *et al* : Prognosis of HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy : a collaborative analysis of prospective studies. *Lancet* 2002 ; 360 : 1178
7. Gottlieb GS, Sow PS, Hawes SE *et al* : Equal Plasma Viral Loads Predict a Similar Rate of CD4⁺ T Cell Decline in Human Immunodeficiency Virus (HIV). *J Infect Dis* 2002 ; 185 : 905-14

8. Jeffrey L : T-Cell Subsets in Health, Infectious Disease, and Idiopathic CD4 T Lymphocytopenia. *Ann Intern Med* 1993 ; 119 : 55-62
9. European Aids clinical society EACS. European treatment guidelines. 2001. (http://www.eacs.ws/guide/index_ns.htm)
10. Rapport du comité d'expert Delfraissy - Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Paris, Médecine-Science, Flammarion, 2004
11. Medical Management of HIV infection – 2004 – Johns Hopkins University School of Medicine
12. Yeni PG, Hammer SM, Hirsch MS *et al* : Treatment for Adult HIV Infection 2004. Recommendations of the International AIDS Society-USA Panel. *JAMA* 2004 ; 292 : 251-65
13. Phillips AN, Staszewski S, Weber R *et al* : HIV viral load response to antiretroviral therapy according to the baseline CD4 cell count and viral load. *JAMA* 2001 ; 286 : 2560-7
14. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents. US Dept of Health and Human Services and Henry J. Kaiser Family Foundation. July 2003. <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines/>
15. Aides : fiches thérapeutiques (<http://www.aides.org>) , " Vivre avec le VIH ". Plateforme de prévention du SIDA février 2005, Medscape drug info (<http://www.medscape.com>). Dariosecq JM *et al* : Infection VIH : mémento thérapeutique. Paris, Doin, 2003. Hansten PD, Horn JR : The Top 100 Drug Interactions : a guide to Patient Management, 2004
16. Répertoire Commenté des Médicaments : <http://www.cbip.be>, mars 2005. Wilkinson GR : Drug metabolism and variability among patients in drug response. *N Engl J Med* 2005 ; 352 : 2211-21
17. Walsh JC, Pozniak AL, Nelson MR, Mandalia S, Gazzard BG : Virologic rebound on HAART in the context of low treatment adherence is associated with a low prevalence of antiretroviral drug resistance. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002 ; 30 : 278-87
18. Friedland GH, Williams A : Attaining higher goals in HIV treatment : the central importance of adherence. *AIDS* 1999 ; 13 : S61-72
19. AIDS Institute's – New-York State Department of Health. Promoting Adherence To HIV Antiretroviral Therapy. John Hopkins University School of medicine edition. June 2001 http://www.hivguidelines.org/public_html/center/best-practices/treatment_adherence/pdf/treat_adherence_full.pdf
20. Arrêté royal relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les Centres Publics d'Aide Sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume (M.B. du 31/12/1996)
21. Dillon *et al* : Primary HIV Infections Associated with Oral Transmission. Abstract 473. 7th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections – 2000. Lifson AR *et al* : HIV seroconversion in two homosexual men after receptive oral intercourse with ejaculation : implications for counselling concerning safe sexual practices. *J Public Health* 80, Issue 12 : 1509-11. Schacker T *et al* : Clinical and epidemiological features of primary HIV Infection. *Ann Intern Med* 1966 ; 125 : 257-64
22. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N *et al* : Viral Load and Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1. *N Engl J Med* 2000 ; 342 : 921-9
23. Smith DK, Grohskopf LA, Black RJ *et al* : Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States. *MMWR* 2005 ; 54 : 1-20
24. Circulaire Ministérielle relative à l'accueil des enfants infectés par le VIH dans les institutions dépendant de la Communauté française ou subventionnées par elle, 2002
25. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Organisation Mondiale de la Santé, 1986

Correspondance et tirés à part :

P. SEMAILLE
Rue de la Croix de Pierre 87
1060 Bruxelles

Travail reçu le 31 mai 2005 ; accepté dans sa version définitive le 4 juillet 2005.