



Infection à VIH-2 au Sénégal : échecs virologiques à M12 et M24 et limites des options thérapeutiques de seconde ligne

Ba S¹, Dia Badiane NM¹, Hawes SE², Fortes Deguenonvo L¹, Touré M^{1,2}, Ndour CT¹,
Traoré F¹, Sall F^{1,2}, Sy MP¹, Raugi D², Pan C², Mullins JI², Kiviat NB²,
Smith RA², Seydi M¹, Sow PS¹, Gottlieb GS²

1-Service des Maladies Infectieuses (CHNU de Fann), Dakar

2-Université de Washington, Seattle



Introduction

- Endémicité du VIH-2 en Afrique occidentale
- Prévalence en Afrique:
 - Sénégal : 0,6% au Sud
 - Guinée-Bissau: 2,7%
 - Côte d'Ivoire : 1,5%
- Recommandations OMS = IP en 1^{ère} ligne
- Quelles stratégies thérapeutiques de 2^{ème} ligne?



Objectifs

- Déterminer la prévalence des échecs virologiques à M12 et M24 de traitement de première ligne
- Argumenter les options de seconde ligne thérapeutique



Méthodologie

- Etude descriptive longitudinale et prospective
(Projet Dysplasie :SMI CHUN Fann)
- Période: Depuis Octobre 2005
- Cible: âge \geq 18 ans (Naïfs ou non)
- Protocoles de L'ISAARV (Recommandations OMS)
- Suivi: M1, tous les M4
- Echec virologique : CV $>$ 50cp/ml (RT-PCR @UW)



Méthodologie

- Outil d'étude: QUESTIONNAIRES
 - Profil épidémiologique
 - Réponses cliniques et biologiques
- Saisie et Analyse: Epi Info 2002

Résultats

Patients = 96 : Femmes 68%, Homme 32%

Tableau 1 : Aspects épidémiologiques ,cliniques et biologiques des patients

Variables biologiques	Médiane	Extrêmes
Age (ans)	49	18-66
Durée séropositivité VIH-2(ans)	3	0-15
BMI (Kg/m ²)	19,75	10-34
CD4 (cell/mm ³)	130	6- 580
CV (copies/mL) [48%,68%(Naïfs)]	935	60-148033
HB (g/dL)	10.5	6-13



Résultats

Classification OMS

	Nombre	Pourcentage
Stade I	2	02 %
Stade II	22	23 %
Stade III	42	43 %
Stade IV	30	32 %



Résultats

Type d'infections opportunistes à l'inclusion	Fréquence	pourcentage
---	-----------	-------------

PULMONAIRE	Tuberculose	5	07,20
-------------------	-------------	---	-------

DIGESTIVE	Candidose buccale	10	14,40
------------------	-------------------	----	-------

	Diarrhée chronique	10	16,40
--	--------------------	----	-------

CUTANÉE ET MUQUEUSE	Dermatose prurigineuse	16	23,18
----------------------------	------------------------	----	-------

	Candidose vaginale	20	29,00
--	--------------------	----	-------

	Zona	5	07,20
--	------	---	-------

	Herpes génital	3	04,30
--	----------------	---	-------

TOTAL		69	100
--------------	--	----	-----

Résultats

Schéma thérapeutique: **2INRT/IP : 92%**

Indinavir non boosté :début ISAARV: **44/ 96 (45,8%)**

LPV/r en première ligne: **32/96 (33,3%)**

Durée de suivi médiane: **758 JOURS [1- 1884]**

Observance: affirmation de prise régulière ARV: **96%**

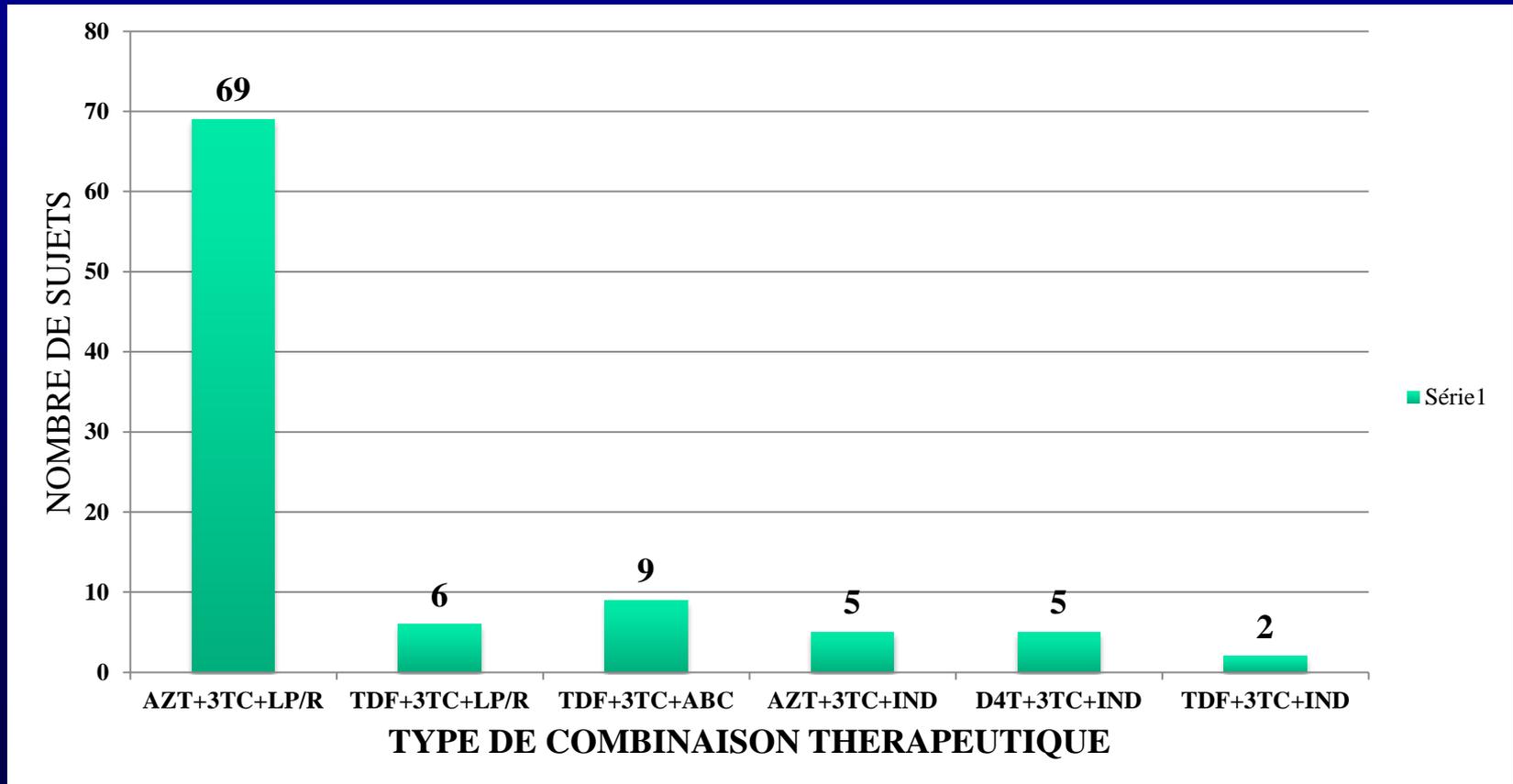


Fig 1 : Répartition des patients selon le schéma thérapeutique



Résultats

IO:34% à M24 :candidose buccale et vaginales(50%)

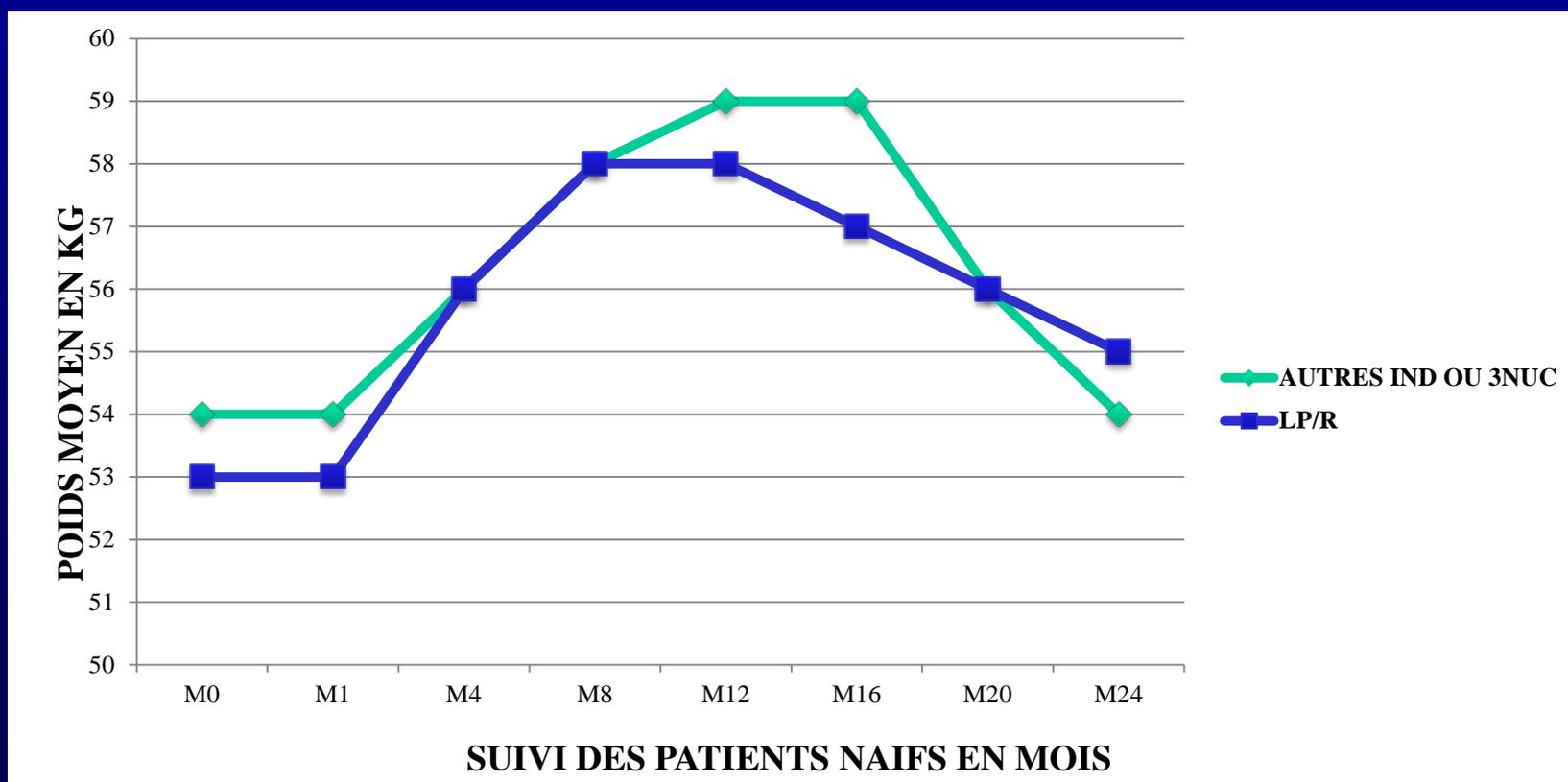


Fig 2: Evolution du poids moyen des patients naïfs pendant le suivi sous ARV



Résultats

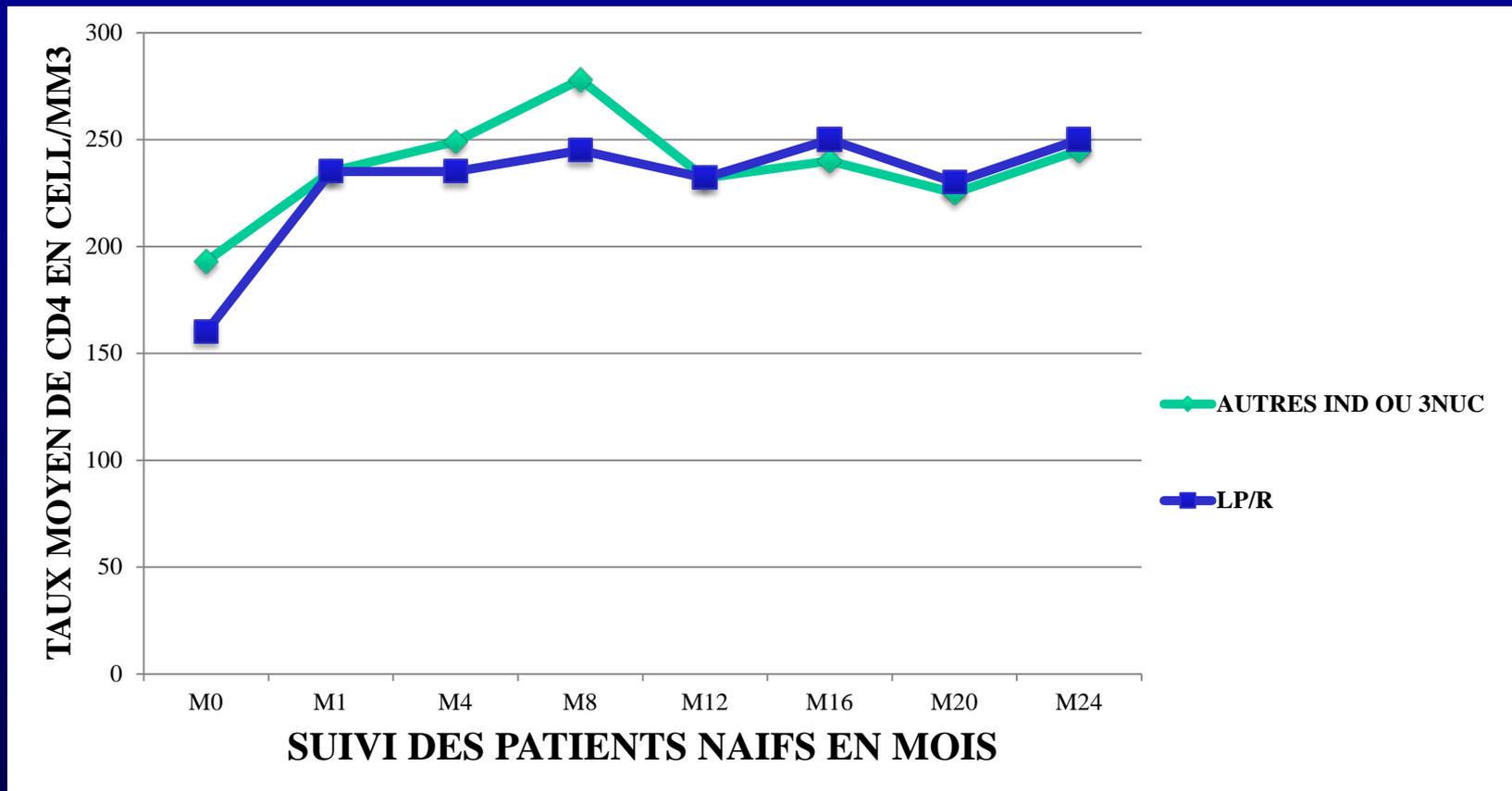


Fig 3: Evolution du taux moyen de CD4 des patients naïfs pendant le suivi sous ARV



Résultats

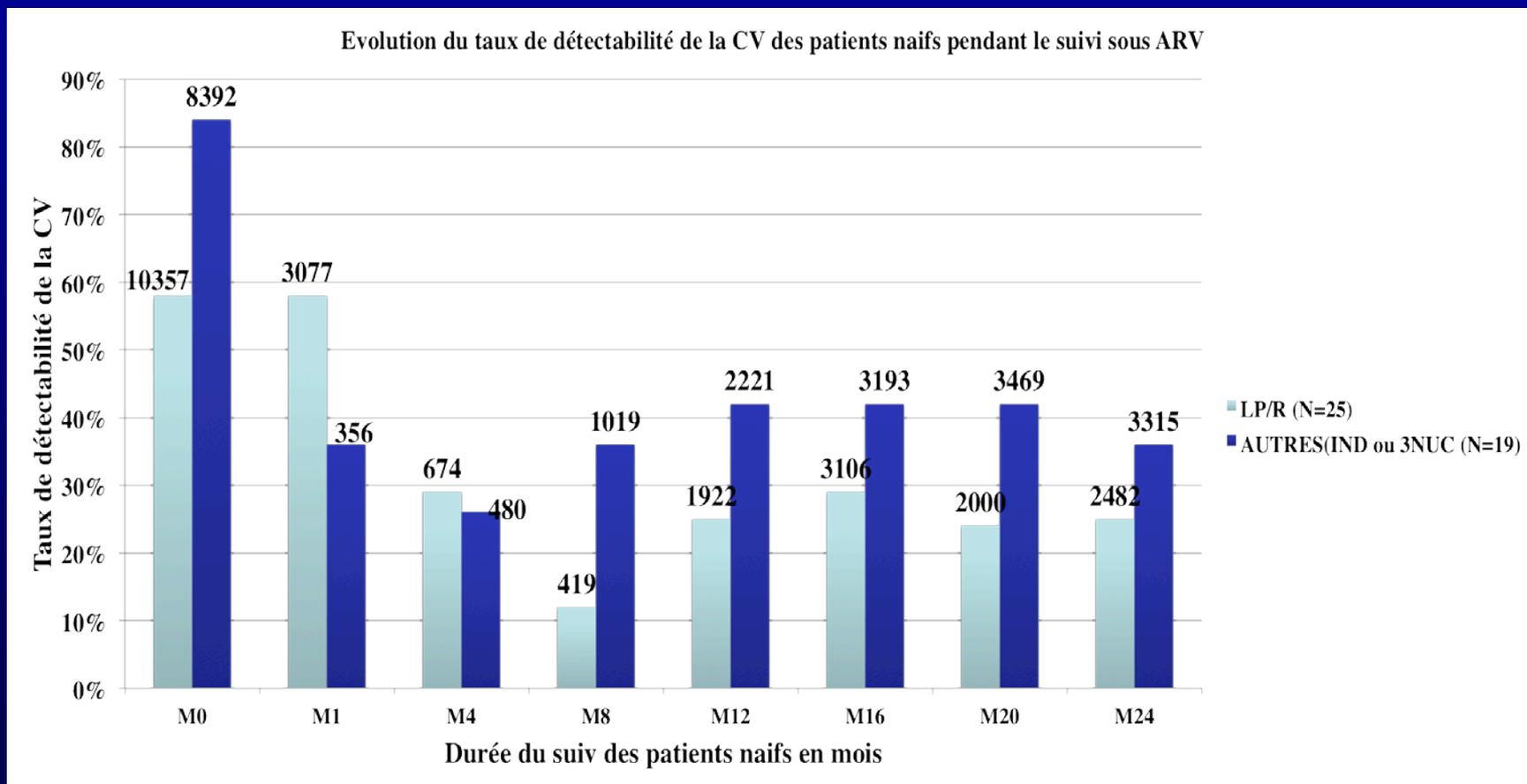


Fig 4: Evolution du taux de détectabilité de la CV des patients naïfs pendant le suivi sous ARV



Résultats

➤ Résistance: **INRT: 44%** **IP: 40%** **Multi résistance : 35%**

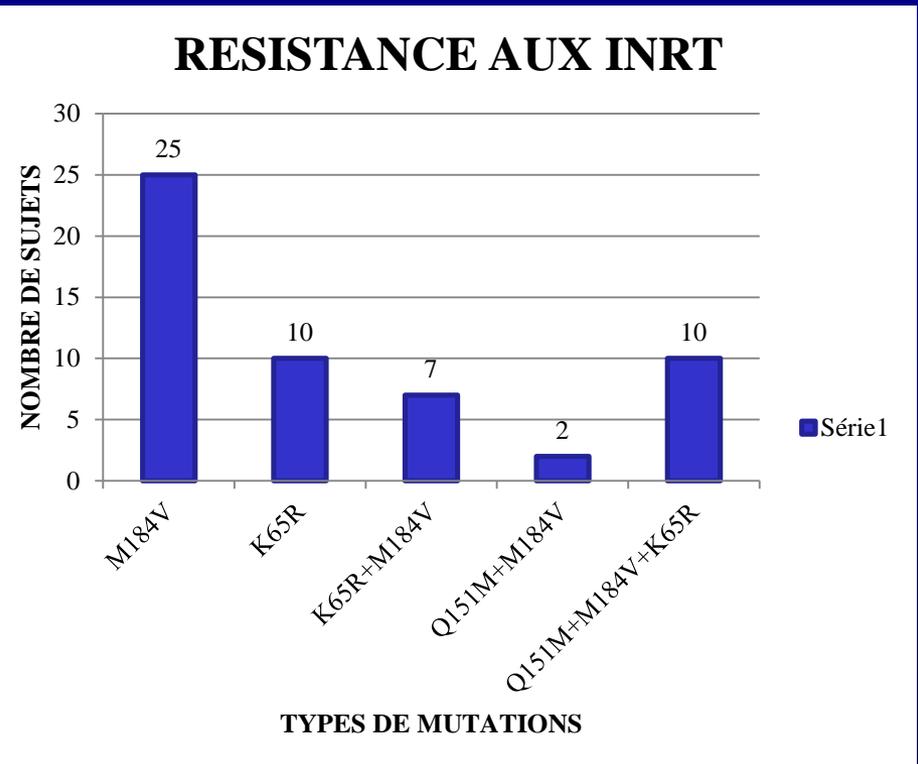


Fig 5: Répartition des patients en fonction des mutations aux INRT

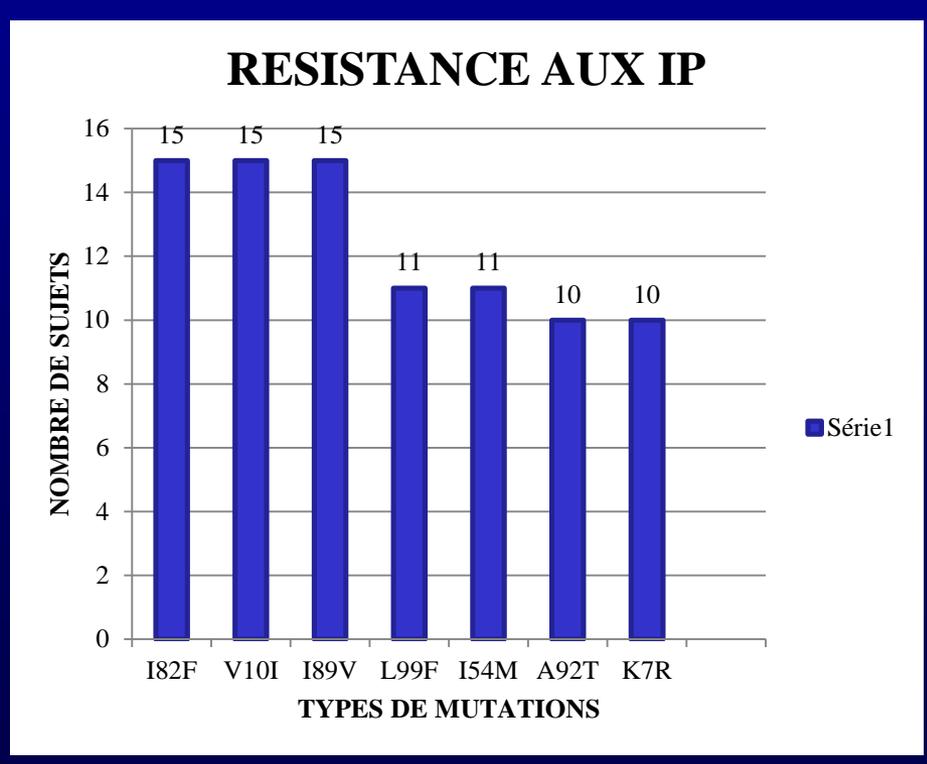


Fig 6: Répartition des patients en fonction des mutations aux IP



Résultats

- Echecs virologiques :41% (M12:30%, M24:11%)
- Options de seconde ligne VIH2 : **ISAARV**

Echec traitement de 1ere ligne



Utiliser en seconde intention



AZT +3TC +LPV/r → TDF+FTC +ATV/r

TDF +3TC+LPV/r → DDI+ABC+ATV/r



Résultats

- Alternatives limitées de 2eme ligne
- Puissance thérapeutique: LPV/r~~ATV/r ??
- Maintien traitement première ligne: 41%
- Létalité à M24: 6%
- Taux de perdus de vus : 13%



Discussion

➤ Schéma thérapeutique

- 2INRT+1IP ~ (Touré CA, Clark)
- Echecs virologiques :41%
- Résistances : INRT et IP:35%
- Décès et perdus de vue :20% ~ 27% (Peterson I: Gambia)

➤ Résistance aux traitements et échecs virologiques

- Données rares en Afrique (d'Aquin T:CI, JallowS: Gambia)
- Europe (Yéni P)



Discussion

- Difficultés du traitement de 2^{ème} ligne
 - Inaccessibilité des autres : **IP/r** et **AI**
 - Puissance thérapeutique **ATV/r** ~ **LP/r** ??
(Morand LJ ,Guillard E: France)
 - Limites de la prise en charge des échecs thérapeutiques
 - Pays à ressources limitées



Conclusion

- Infection à VIH-2 : Succès thérapeutique limite
- **Attention!!!** Echecs virologiques et Résistances
- Rendre Disponibles les nouvelles molécules
(DRV/r ou A I)
- Traitement de sauvetage



REMERCIEMENTS

- ❑ Université de Washington Seattle
- ❑ SMIT IBA MAR DIOP FANN Dakar
- ❑ Personnel du projet dysplasie
- ❑ Patients
- ❑ Collaborateurs (Roi Baudoin, HOGGY, CRCF,HPD)
- ❑ Organisateurs des 14èmes JNI
- ❑ Bailleurs: NIH/DAIDS (R01AI60466)

Merci de votre attention

5^{ème} Congrès Société Africaine de Pathologie Infectieuse (SAPI) Brazzaville 6-8 novembre 2013

**INFECTIONS ÉMERGENTES
ET RÉÉMERGENTES**

Contacts

- Email: sapi@infectiologie-afrique.com
- Tél : + 221 3386918 88 / 33 824 70 92
- Site Web : www.Infectiologie-afrique.com