

# La Lettre d'ICAR en INFECTIOLOGIE

Avec le parrainage de la Société de Néphrologie et de la Société Francophone de Dialyse

**Comité Scientifique**  
Yvon Berland, Marseille  
Gilbert Deray, Paris  
Maurice Laville, Lyon

**Coordinateur National**  
Vincent Launay-Vacher, Paris

**Coordinateurs Régionaux**  
Philippe Brunet, Marseille  
Jean-Pierre Fauvel, Lyon  
Svetlana Karie, Paris

## Infection par le VIH dans les centres de dialyse français

*Lettre rédigée par le Dr Jérôme Turret*

(Chef de clinique, assistant, service de maladies infectieuses, Hôpital Bichat, Paris)

"Faut-il dialyser les patients infectés par le VIH ?". Tel était le titre d'un article publié en 1988 [1]. Compte-tenu du pronostic catastrophique en dialyse des patients infectés par le VIH (100 % de mortalité en quelques mois), la question paraissait licite à l'époque. Mais l'apparition en 1996 des thérapies antirétrovirales hautement efficaces (HAART) a révolutionné le profil évolutif de la maladie. Les patients dialysés infectés par le VIH ont eux aussi pu bénéficier de cet accroissement considérable de la survie [2]. De sorte que la prévalence de l'infection par le VIH dans les centres de dialyse américains a augmenté jusqu'en 1992 pour se stabiliser aux alentours de 1,5 % [3]. En France, l'étude menée en 1997 par JL. Poignet notait une prévalence de l'infection par la VIH de 0,39 % dans les centres de dialyse [4]. Il était donc nécessaire d'actualiser ces données épidémiologiques.

### Matériel et méthodes

Au 1<sup>er</sup> janvier 2002, un recensement de tous les patients infectés par le VIH dans les 795 centres de dialyse français publics et privés a été débuté par Cécile Vigneau (Service de Néphrologie de l'hôpital Tenon, Paris). Nous avons participé à la constitution de cette cohorte (nommée DIVA pour Dialysis in HIV/AIDS) puis en avons effectué le suivi prospectif. Pour chaque patient inclus, un questionnaire a été envoyé courant 2003 au néphrologue responsable. La survie de la cohorte a été estimée par la méthode de Kaplan-Meier.

### Résultats

Au 1<sup>er</sup> janvier 2002, 27 577 patients étaient dialysés en France, dont 164 étaient infectés par le VIH, soit une prévalence globale de 0,59 %. L'étude de la répartition géographique par département montrait de grandes disparités : de 0 % dans certains départements du Centre et de l'Est, à 4,5 % à Paris, en Guyane et en Guadeloupe (données non publiées). Les patients étaient principalement des hommes (72 %), jeunes ( $44,8 \pm 10,9$  ans d'âge moyen) et de race noire (66 %). Le taux de coinfection par le virus de l'hépatite C était de 27 %. Le principal

mode de contamination était sexuel (38 %). Les usagers de drogues intra-veineuses représentaient 15 %. Le taux moyen de CD4 était de  $334 \pm 200$  /mm<sup>3</sup> et la charge virale moyenne de  $2,6 \pm 1,2$  Log/ml. Quarante-vingt six pour cent des patients recevaient un traitement antirétroviral et 64 % une HAART [5,6].

La survie à un an était de  $93,8 \pm 1,9\%$  et la survie à 2 ans de  $89,4 \pm 2,4\%$  [5]. Elle était comparable à la survie de 584 patients dialysés en France sur la même période, sans infection par le VIH ni diabète et standardisés sur l'âge, le sexe et l'origine ethnique (données extraites du registre DOPPS, figure n°1). Les principales causes de décès étaient les infections (31,8 %), les morts subites (18,2 %) et les cancers (13,6 %).

En analyse multivariée, les principaux facteurs de risque de mortalité étaient une charge virale (CV) élevée (HR=2,6 pour chaque Log de CV/ml en plus ;  $p < 0,0001$ ) et un antécédent d'infection opportuniste (HR=3,6;  $p < 0,05$ ) [5]. L'absence de traitement par une HAART (HR=3,0 ;  $p < 0,01$ ) et un chiffre de CD4 inférieur à 200/mm<sup>3</sup> (HR=6,2 ;  $p < 0,0004$ ) étaient aussi des facteurs pronostiques de mortalité lorsque la CV était exclue du modèle de Cox (rôle "écrasant" de la CV sur les autres facteurs dans le modèle statistique).

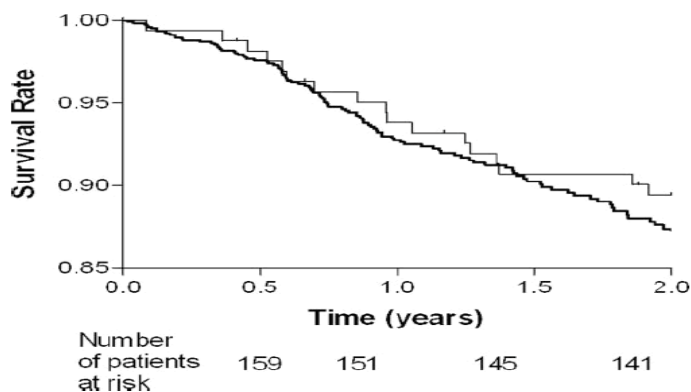
### Conclusion

Avec environ 90 % de survie à 2 ans, la question de 1988 n'a plus de sens. Les patients infectés par le VIH doivent désormais être considérés comme des patients affectés d'une maladie de système chronique accessible à un traitement au long cours. Même si l'incidence de la néphropathie liée au VIH a diminué depuis l'introduction des HAART, l'allongement de la survie des patients infectés par le VIH est tel que le nombre de ces patients qui parviennent au stade terminal d'une insuffisance rénale chronique ne cesse d'augmenter. Un nouveau déficit se présente maintenant pour ces patients, celui de la transplantation rénale.

Le 30 Juin 2007

**Figure 1 :** Courbes de survie des patients dialysés en France entre le 1<sup>er</sup> janvier 2002 et le 1<sup>er</sup> janvier 2004 :

- Trait fin : cohorte DIVA : patients infectés par le VIH.
- Trait gras : données extraites de DOPPS : patients non-infectés par le VIH.



**Références :** [1] Pennell JP & Bourgoignie JJ. ASAIO Trans 34: 907-911, 1988. [2] Ahuja TS et al. Am J Kidney Dis 36:574-580, 2000. [3] Weiner NJ et al. Kidney Int 63:1618-1631, 2003. [4] Poignet JL et al. Néphrologie 20:159-163, 1999. [5] Turret J et al. Clin J Am Soc Nephrol 1:1241-1247, 2006. [6] Vigneau C et al. Kidney Int 67:1509-1514, 2005.

**ICAR** - Tél. 01 42 17 72 30 - Fax 01 42 17 72 12 - E-mail [icar.nephro@psl.aphp.fr](mailto:icar.nephro@psl.aphp.fr)

La diffusion de ce service est assurée avec le soutien du Laboratoire Gilead. La rédaction de la Lettre d'ICAR et les recherches bibliographiques sont effectuées sous la seule responsabilité du Conseil Scientifique et des Coordinateurs d'ICAR. Le Laboratoire Gilead n'est intervenu en aucune façon sur le contenu de la Lettre d'ICAR.