

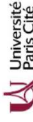
PERINATALITE ET INFECTION

PAR LE VIH

7^{ème} JOURNEE

de la maternité PORT-ROYAL
et de la FHU Préma

Vendredi 24 Novembre 2023

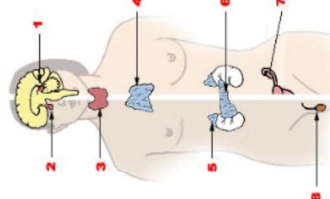


Transition Ados-Adultes et VIH

Dr Patricia BRAZILLE
Espace Santé Jeunes – Unité Guy Môquet
Hôtel-Dieu

TRANSFORMATIONS A L'ADOLESCENCE

Transitions biologiques



Un corps en transformation,
un corps en sexuation : le
corps est au cœur de
l'adolescence

La puberté aboutit au
développement complet des
caractères sexuels, à
l'acquisition de la taille
définitive, et de la fonction de
reproduction.

Reconnaissance
Appropriation identitaire
Sexualisation

Transitions cognitives



Penser, planifier,
décider, contrôler,
inhiber, faire preuve
d'empathie

Maturation cérébrale

Transitions sociales



Transitions psychiques



Processus de
séparation-
individuation

Autonomisation



Source : 123RF

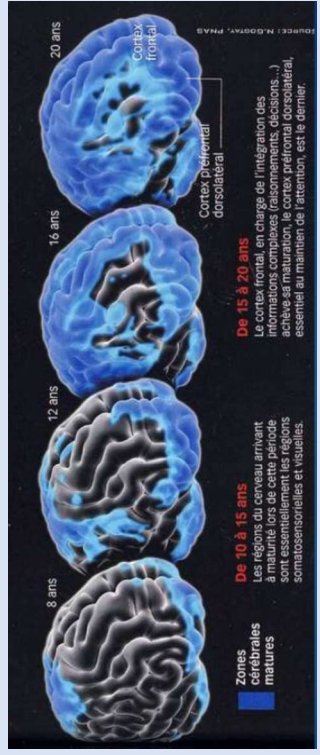


Changement de statut social
Prise de distance avec l'entourage

Transition Ados – Adultes et VIH P. BRAZILLE

IRM fonctionnelle : montre un asynchronisme dans la maturation cérébrale entre :

- les zones limbiques (régulations émotionnelles, les circuits de récompense)
- le cortex préfrontal (organisation de la cognition, le jugement, la planification, l'inhibition, la sociabilité)



Prolifération des voies neuronales

- Rend le cerveau polyvalent et capable de s'adapter à différents environnements

L'élagage

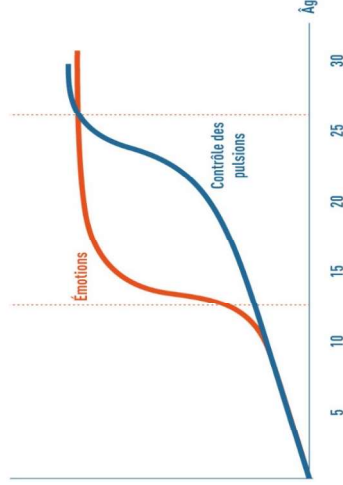
- Avec l'expérience les voies inutilisées sont éliminées, réduisant les options pour le comportement

La myélinisation

- Rend les voies restantes rapide et plus efficace



Développement des émotions et du contrôle des pulsions au fil du temps



Source : Bernard Boudalliez

- ✓ **Plus grande prise de risque** (faible inhibition) : Choisir un risque élevé par rapport aux solutions à faible risque (par ex : acceptation d'un trajet d'un conducteur qui a consommé de l'alcool)

- **Défaut de réflexion raisonnée avant l'action** (par ex : plongée dans le vide sans mesure des dangers)
- **Défaut de corriger les comportements à risque** (par ex : glissement irrésistible vers la violence)
- **Expression accrue de l'émotion, impulsivité**

ADOLESCENCE & MALADIE CHRONIQUE

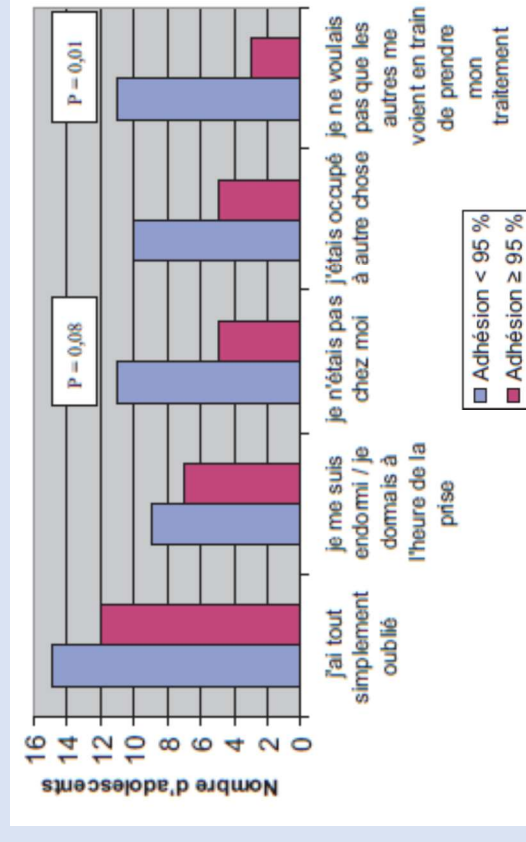
Adolescence	Maladie Chronique
▪ Puberté/Croissance	▪ Retard/Anomalies
▪ Sexualisation	▪ Atteinte de l'intégrité du corps/Image de soi
▪ Subjectivation	▪ Contraintes/Risques
▪ Autonomisation	▪ Dépendance/Privation de liberté
▪ Expérimentations/Liberté(s)	▪ Menaces/amputation de l'avenir, des rêves et des projets
▪ Temps présent	▪ Vision à long terme

L'ENFANT INFECTÉ PAR LE VIH DEVENU ADOLESCENT

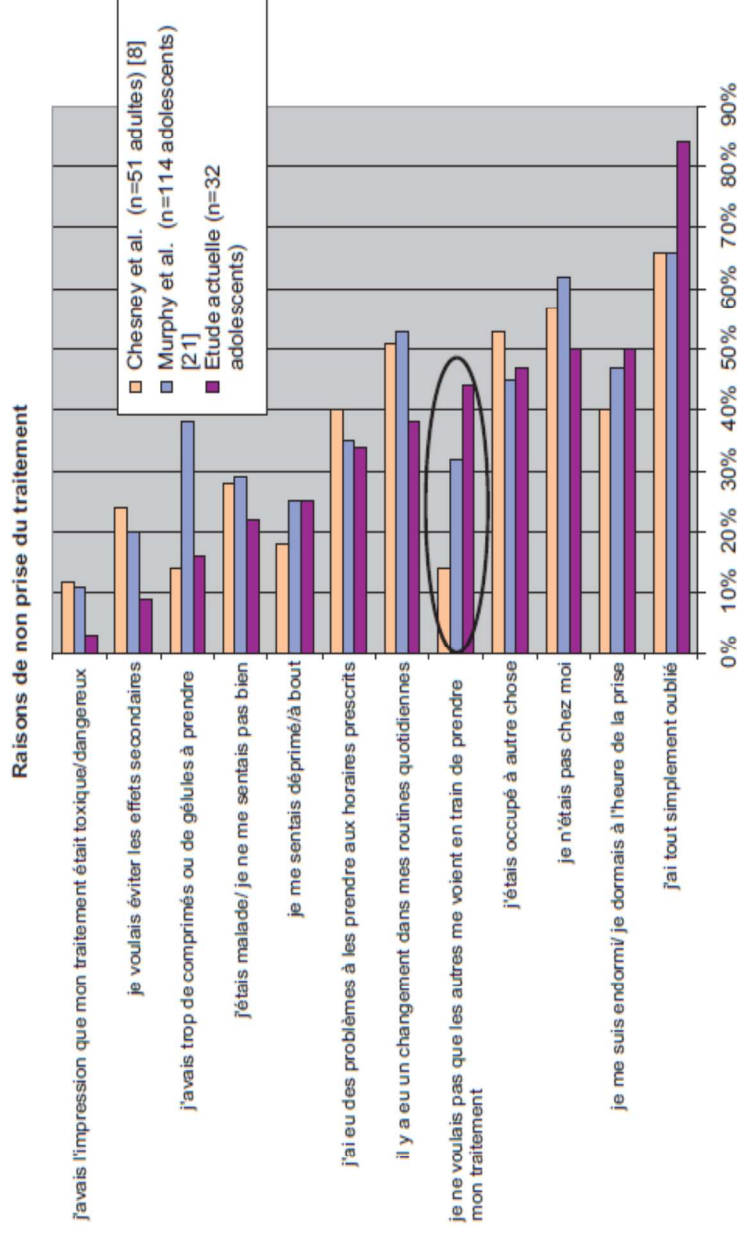
- ✓ Majoration des difficultés de **construction identitaire** inhérentes à l'adolescence ; fragilisés dans leur **image de soi**
- ✓ **Préjudice psychologique** important : maladie stigmatisante, certains sont orphelins et histoire familiale « lourde »
- ✓ Expérience d'un **rejet** provoqué par l'annonce de la séropositivité à un.e ami.e
- ✓ Contraints à préserver le **secret** y compris vis-à-vis de leurs amis les plus proches et dans le cadre scolaire

Fact influençant :

- Besoin de vivre physiquement la maladie pour croire à la réalité du diagnostic
- Oublis
- Ne pas être chez soi (vacances, sorties avec amis) ou être occupé à autre chose
- Peur que leur traitement ne révèle à autrui leur infection => oublis, voire des interruptions thérapeutiques volontaires
- Univers de non-dit : ne pas prendre son traitement = seul moyen pour s'exprimer et amorcer le processus de séparation d'avec ses parents
- Tomber malade, ou risquer de le devenir => peut servir à se « connecter » à des parents distants ou inexistants: entourage familial important ++



Bruxelles, 32 patients
VVIH, IME, 16,6 ans
Autoquestionnaires



Comparaison entre 3 études des raisons invoquées pour la non-prise du traitement.

B Vanthournout, E. Van Der Kelen, D. Elate, T. Goetghebuer, M. Hainaut, J. Levy. *Clinical evaluation of adherence to antiretroviral therapy in adolescents infected by HIV since infancy. J. arcped. 2013 Apr;20(4):348-55.*

Murphy DA, Sarr M, Durako SJ, et al. *Barriers to HAART adherence among human immunodeficiency virus-infected adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 2003;157:249-55.*

Chesney MA, Ickovics JR, Chambers DB, et al. *Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the AACTG Adherence Instruments. AIDS Care 2000;12:255-66.*

RECOMMANDATIONS

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Prise en charge des
enfants et adolescents
infectés par le VIH
(février 2018)

RECOMMANDATIONS RELATIVES A L'OBSERVANCE DE L'ADOLESCENT VVIH

- ✓ Privilégier des **stratégies robustes**, en évitant si possible des molécules à barrière génétique faible
- ✓ Etre attentif aux **adaptations nécessaires** : horaires, vacances, simplification galénique chaque fois que possible
- ✓ Détecter et prévenir les besoins d'affirmation et d'**autonomie** relevant de la dynamique adolescente

ATTENTION aux changements de traitement pendant l'adolescence : ne pas chercher à tout prix une «simplification» du traitement notamment en une prise/jour ; ne pas modifier fréquemment le traitement au prétexte que la charge virale n'est pas strictement indétectable.

Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH
Prise en charge des enfants et adolescents infectés par le VIH (février 2018)

Recommandations relatives au choix du traitement initial

(en l'absence de co-infection par le virus de l'hépatite B ou de tuberculose)

Age	<3 ans	3-6 ans	6-12 ans	>12 ans
Traitement préférentiel	Association d'INTI	ABC + 3TC (ou FTC)	ABC*+3TC ou FTC+TAF (≥35 kg) ‡	ABC*+3TC ou FTC+TAF (≥35 kg) ‡
3 ^{ème} agent	LPV/r	DRV/r	DRV/r ou ATV/r ou DTG	DTG ou EVG/cobi (≥35 kg) ou RPV†* (≥35 kg) ou DRV/r ou ATV/r
Alternatives	Association d'INTI	ABC* + ZDV (intérêt chez le nourrisson et/ou l'enfant dont l'observance est incertaine)		
3 ^{ème} agent (par ordre de préférence)	NVP** ou RAL ***	LPV/r	EFV ou NVP** ou RAL ***	RAL *** EFV ou LPV/r

ZDV = zidovudine; ABC = abacavir; 3TC = lamivudine; FTC = emtricitabine; LPV/r = lopinavir/ritonavir; ATV = atazanavir/ritonavir; DRV = darunavir/ritonavir; TAF = tenofovir Alafenamide; NVP = nevirapine; RAL = raltegravir; EFV = efavirenz; DTG = dolutegravir; EVG = elvitegravir; cobi = cobicistat; ATV = atazanavir; RPV=rilpivirine

*en l'absence d'HLA B57*01 (qui doit être recherché avant toute prescription d'ABC) ;

**éviter l'association NVP avec ABC

***à discuter en première ligne dans certaines situations exceptionnelles (voir texte)

‡ sous forme combinée avec elvitegravir/cobicistat ou rilpivirine

†*si CV < 5 log10 copies/ml

+ TAF/FTC/bictegravir, Biktarvy®

TRANSITION

=

Passage des adolescents d'un service de pédiatrie vers un service d'adultes

- Passage est complexe = rupture du lien privilégié de l'adolescent et de ses parents avec le pédiatre
- Confrontation aux services d'adultes parfois difficile
- Risque que le suivi médical soit interrompu à cette occasion (jeune adulte en situation de risque vital => retour dans le circuit médical à l'occasion d'une complication grave)
- Parfois justifié de maintenir un suivi prolongé en pédiatrie
- Plus qu'une question d'âge, le passage dans un service d'adulte doit prendre sens pour l'adolescent et se faire à l'occasion d'une étape symbolique (fin du cycle scolaire, majorité, déménagement, vie de couple, entrée dans la vie active...)

TRANSITION

=

Préparation à ce passage

- pour le pédiatre :

- anticiper et préparer l'adolescent à ce passage
- choisir le médecin d'adultes en concertation avec lui et ses parents : choisir le lieu et le « profil » du médecin adulte
- transmettre au jeune la confiance du pédiatre au médecin d'adulte (différent de celui de ses parents)
- transférer le jeune en service adulte, lorsqu'il est en situation stable sur le plan immuno-virologique ou en échec précoce
- évaluer l'autonomie et favoriser son développement
- faire un point social : droits, orientation socio-professionnelle...

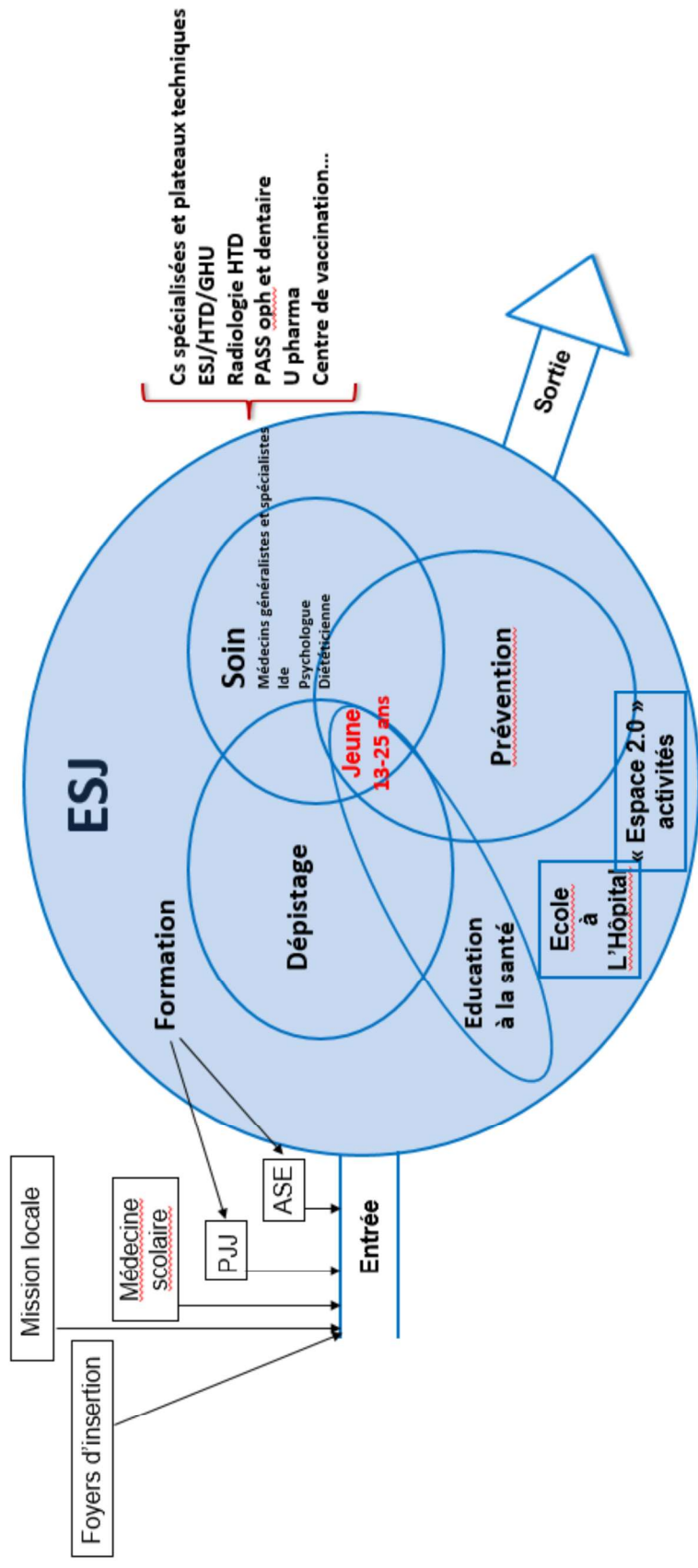
- pour le médecin d'adultes :

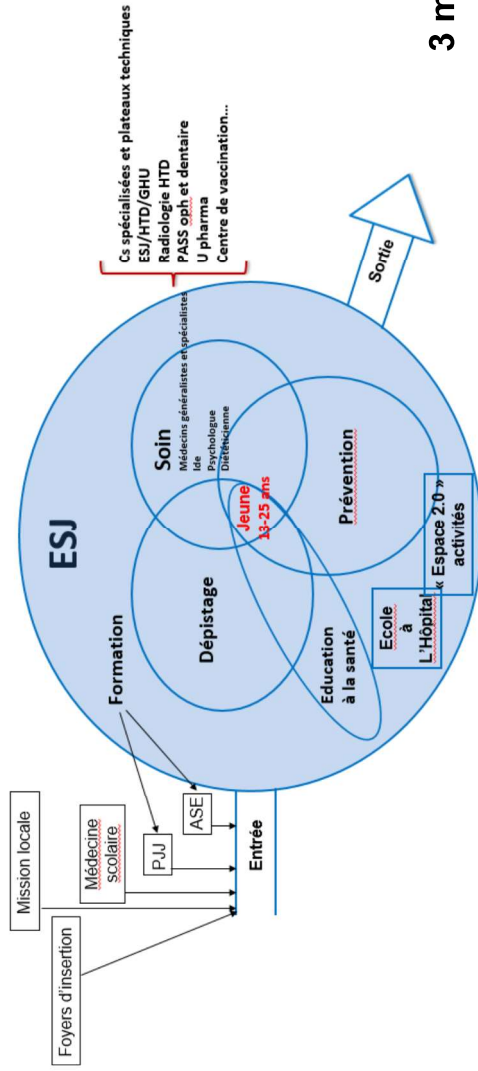
- être disponible (temps++) et accueillant
- relancer l'adolescent si le rendez-vous prévu n'a pas eu lieu
- ne pas s'inquiéter du mutisme fréquemment rencontré lors des premiers entretiens et de laisser s'instaurer la relation
- questionner l'adolescent sur son histoire personnelle et à refaire le point sur ses connaissances

Importance de la transmission des informations médicales et personnelles entre les différents professionnels (médecin, IDE ETP, psychologue, AS...)

Différents « modes » de passage : consultation directe en service adulte ou consultation en binôme médecin pédiatre-médecin adulte dans l'un ou l'autre service ou premières consultations par médecin pédiatre dans service adulte ou consultation par un médecin adulte dans un lieu transitionnel.

Mise en place d'un lien fort entre les équipes de pédiatrie et d'adultes primordiale





3 modes de transition « Pédiatrie RD/ESJ HTD »

Pédiatre RD	Pédiatre RD	Pédiatre RD
Pédiatre RD à ESJ	Pédiatre RD + Infectiologue ESJ à ESJ	Pédiatre RD + Infectiologue ESJ à RD
Infectiologue ESJ	Infectiologue ESJ	Infectiologue ESJ

A transition decade for perinatally HIV-infected youth: outcomes and virological failure factors

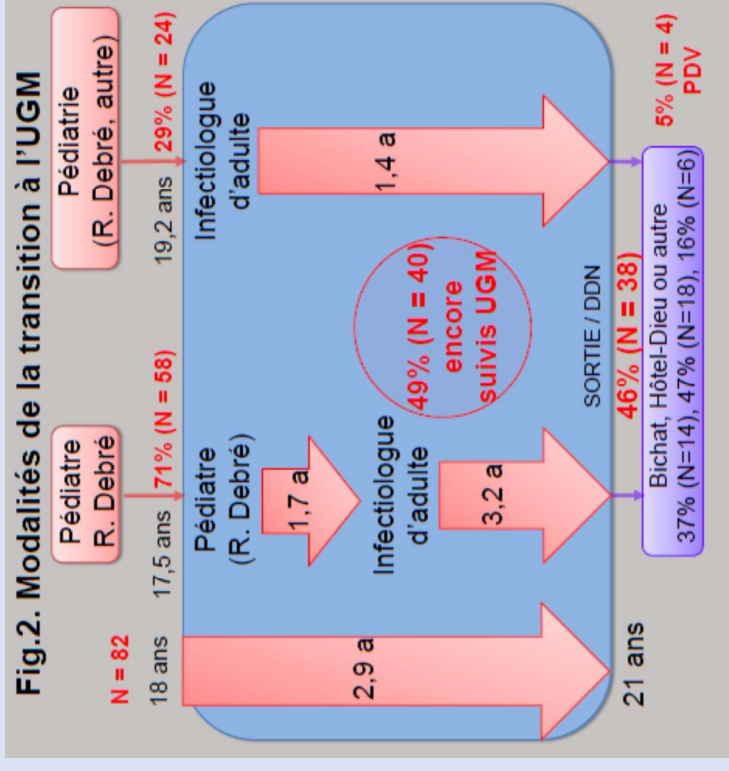
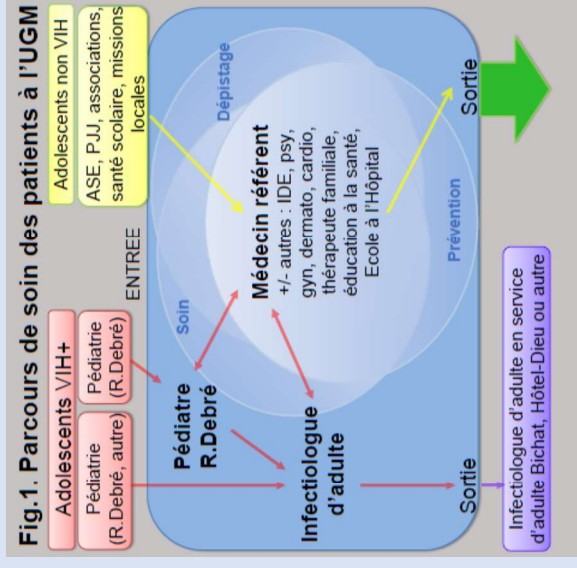
Armelle Wastiaux, MD

M. Lévine, S. Matheron, J.-P. Viard, A. Faye,
T. Girard

Hôtel-Dieu Hospital, APHP Paris, France

ECCMID 2019

Tous les patients VIH+ infectés par TME suivis à l'ESJ-UGM
entre le 01/01/2006 et le 31/12/2017



Transition Ados – Adultes et VIH P. BRAZILLE

Adolescents et jeunes adultes VIH+ infectés par transmission mère-enfant 10 ans d'un modèle de transition en unité hospitalière ambulatoire

Armelle Wastiaux¹, Martine Levine², Jean-Paul Viard³, Sophie Matheron^{1,4}, Thomas Girard¹

¹Unité Gay Mequet, CHU Hôtel-Dieu, AP-HP Paris, ²Hématologie, CHU Hôtel-Dieu, AP-HP Paris, ³Unité de Thérapeutique en Immunologie-Hépatologie, CHU Hôtel-Dieu, AP-HP Paris, ⁴SIMT, CHU Bicêtre-Claude Bernard, APHP Paris

Cohorte

- 82 patients
34H/48F
18 ans (16.7 - 19) à l'entrée à l'ESJ
- 66 (80%) origine africaine
- 38 (46%) nés à l'étranger ; arrivés en France à
6 ans (2.7-10)
- 36 (41%) orphelins, 22 (27%) mère décédée
- 40 (49%) expérience sexuelles
- 27 (33%) en couple ; 56% ont annoncé leur
statut VIH à leur partenaire

Histoire du VIH à l'entrée à l'ESJ

- Diagnostic VIH à 2 ans (0-7)
 - A la naissance (nés en France)
 - A 6 ans (3-9,75) (nés à l'étranger)
- 1er TARV à 7.7 ans (5-11)
- Stade CDC
 - 21 (26%) CDC stade C
 - 41 (50 %) CDC stade 3
- Nadir de CD4 : 240/mm³ (156-414)
- 69 (84%) sous TARV
 - (11 « pauses », 2 long-term controllers)
- Temps cumulé sous TARV : 9.2 ans (5.8-12.6)
- CV indétectable 65%, CD4 492/mm³ (338-691)

Adolescents et jeunes adultes VIH+ infectés par transmission mère-enfant 10 ans d'un modèle de transition en unité hospitalière ambulatoire

Armelle Vastiaux¹, Martine Levine^{2,3}, Jean-Paul Viard¹, Sophie Matheron⁴, Thomas Girard¹
¹Unité Gay Mosaïq, CHU Hôtel-Dieu, AP-HP Paris, ²Hématologie, CHU Hôtel-Dieu, AP-HP Paris, ³UMR de Thérapeutique en Immunologie-Histologie, CHU Hôtel-Dieu, AP-HP Paris, ⁴SMIT, CHU Bichat-Claude Bernard, APHP Paris

Suivi à l'ESJ

- 2.9 ans (1.1-4.9) suivi ESJ
- 14 (17%) ≥ 1 inf opportuniste, 4 (5%) SIDA
- 5 (6%) ≥ 1 IST (filles)
- 6 (7%) inf bactérienne
- 17% grossesses : 6/11 naissances, 0 enfant infecté
- Pas de décès
- 4 (5%) perdus de vue

Adult care post-transition

- 38/42 (89%) suivis en cs adulte
- CV indétectable : 62%
- 1 décès : 25 ans , LEMP puis lymphome
- Emploi : 88%
- Parents : 26%
- 0 enfant infecté

VIH_HF_SP-13
**Adolescents et jeunes adultes VIH+ infectés par transmission mère-enfant
10 ans d'un modèle de transition en unité hospitalière ambulatoire**

Armelle Wastiaux¹, Martine Levine^{1,2}, Jean-Paul Viard¹, Sophie Maheron^{1,4}, Thomas Girard¹
¹Unité Gay Mérieux, CHU Hôtel-Dieu, AP-HP Paris, ²Hématologie, CHU Hôtel-Dieu, AP-HP Paris, ³Unité de Thérapeutique en Immunologie Infectieuse, CHU Hôtel-Dieu, AP-HP Paris, ⁴SMF, CHU Bicêtre-Claude Bernard, AP-HP Paris

- Jeune âge à l'arrivée en France ($p = 0.03$)
- Faible nadir de CD4 ($p = 0.02$)
- Durée courte de suivi ($p = 0.005$)
- RDV moins honorés ($p = 0.0001$)
- Age, sexe, TARV, niveau social-éducatif
: pas de différence

Fig. 8. Facteurs associés à l'échec virologique aux DDN

Critères évalués	CV indétectable n	% / IQR	n	% / IQR	p
Critères démographiques					
Nombre de patients	51	62%	31	38%	0,07
Sex-ratio M/F	21/30	70%	13/18	72%	0,95
Age d'arrivée en France (années)	7	4-12	6	1-6,7	0,03
Orphelins	20	39%	14	45%	0,73
Tuteurs autre que les parents	13	25%	5	16%	0,42
Critères socioprofessionnels					
Scolarisation / travail aux DDN	47	92%	24	77%	0,61
Sexuellement actifs aux DDN	32	63%	19	61%	0,95
Partenaire aux DDN	25	49%	14	45%	0,84
Partenaire informé statut VIH+	16	64%	9	64%	0,87
Critères de suivi à l'UGM					
Age à l'entrée à l'UGM (années)	17,9	16,6-19	18,2	17,3-18,9	0,36
Durée du suivi à l'UGM (années)	3,7	1,8-5,6	1,4	0,7-3,4	0,005
Consultations prévues / an	10,2	7,5-13,8	13,2	9,5-22,8	0,007
Assiduité aux consultations	80%	68%-92%	59%	50%-72%	0,000
Rupture de suivi UGM (> 6 mois)	7	14%	12	39%	0,07
Sortie de l'UGM programmée	17	81%	10	48%	0,33
Sortie de l'UGM non programmée	4	19%	11	52%	0,14
Critères de suivi du VIH					
Age au diagnostic VIH (années)	1,5	0-7,2	2	0-7	0,9
Stade CDC clinique C à l'entrée	12	23,5%	9	29%	0,8
Stade CDC immuno 3 à l'entrée	22	43%	19	61%	0,4
Nadir CD4 à l'entrée	274	202-459	193	95-274	0,02
Age à la 1 ^{ère} trithérapie	8,3	4,8-13,5	7,5	4,3-10	0,4
Durée cumulée ARV à l'entrée	8,6	5,7-12,2	10,5	7,6-13	0,18
Délai 1 ^{ère} modification / entrée	2,2	0,5-2,9	1,1	0,5-2	0,06
TARV avec 1 IP aux DDN	23	45%	18	58%	0,56
TARV avec 1 INNTI aux DDN	7	14%	0	0%	0,09
TARV avec 1 INI aux DDN	16	31%	6	19%	0,45
Complication clinique liée au VIH	6	12%	15	48%	0,005
Hospitalisation liée au VIH	6	12%	12	39%	0,03
Nombre d'hospitalisations	9	-	17	-	0,02

VIH_HEP_SP-13

Adolescents et jeunes adultes VIH+ infectés par transmission mère-enfant 10 ans d'un modèle de transition en unité hospitalière ambulatoire

Armelle Vastiaux¹, Martine Levine^{1,2}, Jean-Paul Vialat³, Sophie Mathéron^{1,4}, Thomas Girard¹

¹ Unité Gay Mérieux, CHU Hôpital Beaujon, AP-HP, Paris, ² Hépatologie, CHU Robert Debré, AP-HP, Paris, ³ Unité de Thérapeutique en Immunologie Infectieuse, CHU Hôpital Beaujon, AP-HP, Paris, ⁴ SATI, CHU Bichat-Claude Bernard, AP-HP, Paris

Fig.6. CV indétectable et suivi UGM

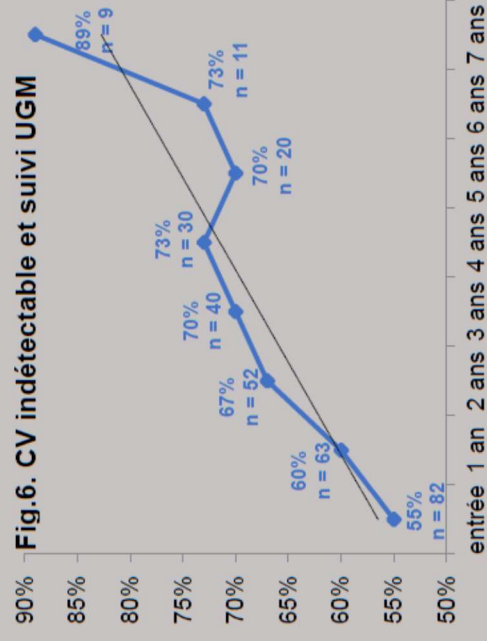
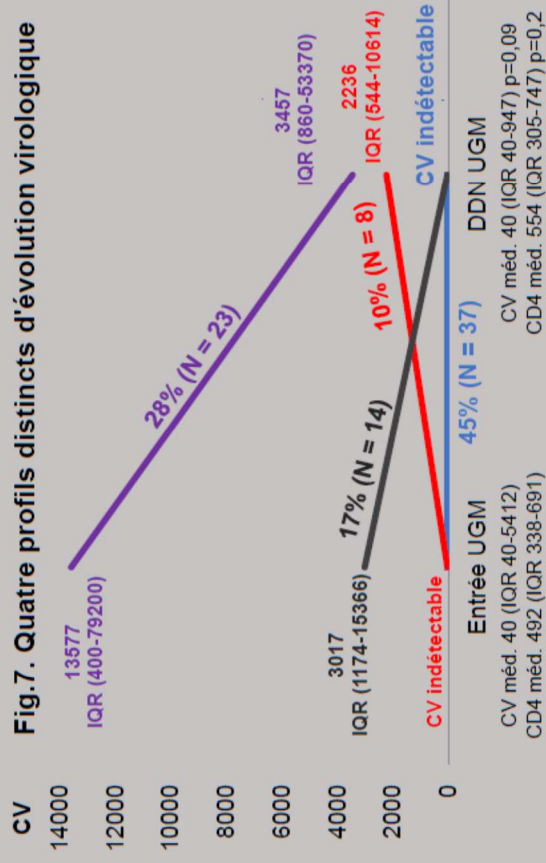


Fig.7. Quatre profils distincts d'évolution virologique



Depuis 10 ans : entre 7 et 11 nx patients adressés à l'ESJ

- **65 patients**
 - 15 à 34 ans (15-25 ans + 31 et 34 ans)
32F/33H
 - IME 56/65 (86,2%)
 - Tr sexuelle 9/65 (13,8%)
- **Suivi à l'ESJ**
 - 3 ans ½ (5 mois-15 ans)
- **TARV**
 - STR : 51/65 (78,5%) : Biktarvy® 38, Triumeq® 9, Odefsey® 4
 - NUC + II + IP : 5
 - 2 NUC + II : 4
 - QuadriT : 2
 - MonoT IP : 2
 - 2 NUC + IP : 1
- **Contrôle virologique : 54/65 (83%)**

2 SITUATIONS EXTREMES

LE « MEILLEUR »

- Une famille
- Milieu favorable / aidant
- Mode d'infection maternelle
 - Ex : transfusion, père hémophile
- Education
- Intégration sociale
- Pathologie comprise / acceptée
- Un virus peu ou pas muté
- Un traitement simple
- Une projection dans l'avenir
 - Un emploi
 - Un projet de vie familiale

LE « PIRE »

- Pas de famille
- Milieu défavorable / non aidant
- Mode d'infection maternelle
 - Ex : UDI, mère immigrée isolée
- Échec scolaire
- Exclusion
- Pathologie incomprise / non acceptée
- Un virus très muté
- Un traitement lourd
- Pas de projection dans l'avenir
 - Précarité
 - Isolement / rejet

Avec toutes les situations intermédiaires possibles

=> Jeunes personnes, vieux patients

Déroutement du séjour :

Vendredi	Samedi	Dimanche
★ 8h-9h15 Petit-déjeuner ★ 9h30-12h ca Atelier thématique	★ 8h-9h15 Petit-déjeuner ★ 9h30-12h ca Atelier thématique	★ 8h-9h15 Petit-déjeuner ★ 9h30-12h ca Atelier thématique
12h-13h Participation à l'organisation des repas / de la collectivité ★ 13h Déjeuner ★	12h-13h Participation à l'organisation des repas / de la collectivité ★ 13h Déjeuner ★	12h-13h Participation à l'organisation du séjour ★ 13h Déjeuner ★
Heure de départ : 17h30 (en car) Lieu de rendez-vous : KFC Porte de Clignancourt	15h-18h ca Activité théâtre / expression corporelle	14h-15h ca Débriefing
20h Apéro de bienvenue ★ 20h30 Dîner ★	19h-20h Participation à l'organisation du séjour ★ 20h30 Dîner ★	Heure de départ : 16h Lieu d'arrivée : KFC Porte de Clignancourt, à partir de 18h
Faire connaissance / règles/ installation	Soirée détente	





Merci pour votre attention

VIH 1 diagnostiqué le 23/12/2016 (âge 13 ans) sur lymphopénie, IME

- Classification CDC : A2

- Antécédents thérapeutiques :

Du 12/01/2017 au 01/03/2018 : Emtricitabine / Ténofovir + Darunavir Ritonavir + : Arrêt pour simplification

Du 08/03/2018 au 20/05/2020 : Emtricitabine / Ténofovir + Dolutégravir. Arrêt pour simplification

=> **TRANSITION**

Depuis 20/05/2020 : Emtricitabine / Ténofovir + Bictégravir

CV < 20 copies/ml depuis instauration TARV

Né à Dakar Sénégal et a vécu en Guinée Conakry ; arrivé en France en 2016

Mère et père Guinéens. Vit chez sa mère en RP. Père peu de contacts

1 grde soeur au Sénégal, 1 grd frère à Lille, 1 grd frère à NY (ne connaît pas leur statut VIH).

Bac sciences technologiques, santé et sociale. Souhaiterait faire école animation dessins animés. Dessine.

En couple > 1 an, préservatifs (pas toujours), compagne informée de la séropositivité

Congo Kinshasa, arrivée en France à l'âge de 2 mois, VIH 1 diagnostiqué à l'âge de 10 mois, IME
CV > 500 000 copies/ml, CD4 721 (12%)

06.99 – 09.00 : DDI/D4T/NFV CV : entre <200 et 6090 copies/ml

09.00 – 09.01 : DDI/D4T/3TC CV entre 3000 et 7000 copies/ml

09.01-12.06 : DDI/D4T/ABV CV < 50 et 1 fois 70 copies/ml et 1 fois 117 copies/ml

12.06- 07.08 : DDI/ABV/EFV CV 174 copies/ml

07.08-07.17 : ABV/TDF/ATZ CV < 20 copies/ml puis jusqu'à 49500 copies/ml

07.17-02.20 : ABV/TDF/DRV CV < 20 copies/ml ou 160 000 copies/ml => **TRANSITION (2018)**

02.20 – en cours : GENVOYA/DRV : CV < 20 copies/ml puis 1700 copies/ml

Génotypes ARN cumulés 2008 : R AZT/3TC/ABC , R NNUC , S PROT, S AI

Génotype ADN 2022 : RT non amplifiable, Intégrase : 74 I : tout S, Protéase : tout S

Vit chez ses parents, tensions intra-familiales, « secret »

Depuis 2014 : lipodystrophie/réduction mammaire

Depuis 2021 : Diabète fév 2022, Metformine

2019 et 2022 : Relâchement observance, RDV manqués (médecin, psychologue), travaillait en EHPAD/AS (Bac mais a arrêté école AS), arrêt traitement