Impact d'une prise en charge tardive sur la mortalité des PVVIH

Potard V.[1], Gassama M.[1], Lanoy E.[1], Abel S.[2], Bani-Sadr F.[3], Becker A.[4], Bregigeon S.[5], Caby F.[6], Denis B.[7], de Truchis P.[8], Duvivier C.[9], Katlama C.[10], Lamaury I.[11], Martin-Blondel G.[12], Meynard JL.[13], Piroth L.[14], Robineau O.[1,15], Tattevin P.[16], Ursenbach A.[17], Costagliola D.[1], Grabar S.[1,18], for the ANRS CO4 FHDH study group.

https://anrs-co4.fhdh.fr

Des études antérieures ont montré l'impact délétère de la prise en charge d'une personne vivant avec le VIH (PVVIH) à un stade avancé.[1,2] **Objectifs: 1- Etudier sur une période plus récente, l'impact sur la mortalité jusqu'à 5 ans, d'une prise en charge d'une PVVIH à un stade avancé. 2- Etudier si l'impact sur la mortalité a été modifié depuis l'introduction des inhibiteurs d'intégrase en 2014 pour les PVVIH jamais traitées auparavant.**

Sélection des PVVIH

- Adultes avec une infection par le VIH-1 inclus dans la base **hospitalière française (ANRS CO4 FHDH) entre 2002 et 2016**
- Naifs de traitement ARV à l'inclusion, avec au moins un suivi après
- Ayant une mesure de CD4 (dans les 15 jours si traitement ou dans les 30 jours si pas de traitement ou 30 jours avant l'inclusion)

Définition du stade à la prise en charge

- **3 stades avancés en dehors de la primo-infection**: SIDA, CD4≤50/mm^3 sans SIDA, CD4 entre 50-200/mm^3 sans SIDA
- **Intermédiaire**: CD4 entre 200-350/mm^3 sans SIDA
- **Précoce**:CD4≥350/mm^3 sans SIDA ou primo-infection

Méthode

- **Données analysées 2002-2021 => Recul de 5 ans**
- **Découpage d'un suivi de 5 ans** en 5 intervalles de temps**:**
  < 6 mois, 6-12 mois, 12-24 mois, 24-48 mois, 48-60 mois
- **Incidence cumulée de décès avec** prise en compte de **la perte de vue de plus de 18 mois**
- **Effet du stade à la prise en charge sur la mortalité:**
  - Modèle multivarié à risque compétitif de Fine et Gray
  - Variables d'ajustement: âge, sexe, mode d'acquisition, région du centre des soins, délai entre le diagnostic et l'accès aux soins et la période d'accès aux soins (2002-2013 *vs* 2014-2016).

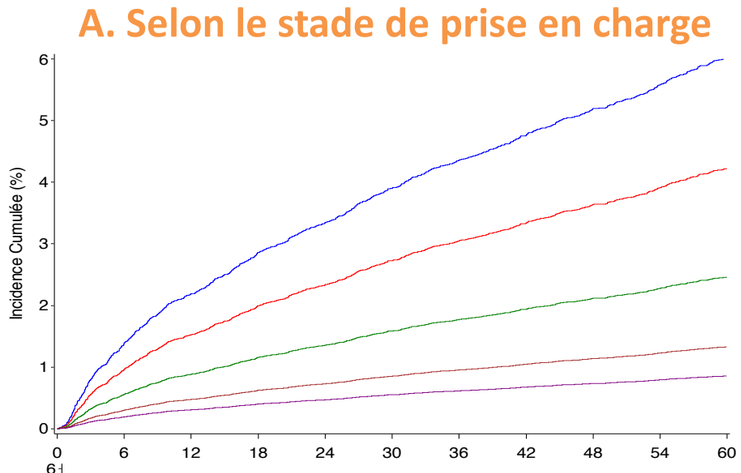
Résultats

Description des PVVIH selon le stade à la prise en charge

		Statut à la prise en charge		
	Total	**Avancé**	**Intermédiaire**	**Précoce**
N (%)	64400	18305 (28,4)	13042 (20,3)	33053 (51,3)
Âge du patient (ans)				
Médiane (Q1 - Q3)		40 (33 – 48)	36 (29 – 44)	34 (28 – 43)
Sexe, Pays de naissance et mode d'acquisition				
HSH France	19210	3333 (17,4)	3021 (15,7)	12856 (66,9)
HSH Afrique Sub-saharienne	658	148 (22,5)	147 (22,3)	363 (55,2)
HSH autres pays	3022	630 (20,8)	614 (20,3)	1778 (58,8)
UDI France	1021	403 (39,5)	186 (18,2)	432 (42,3)
UDI hors France	572	221 (38,6)	105 (18,4)	246 (43,0)
Autres hommes France	7869	2902 (36,9)	1472 (18,7)	3495 (44,4)
Autres hommes Afr Sub-sah	6536	2691 (41,2)	1598 (24,4)	2247 (34,4)
Autres hommes autres pays	3101	1450 (46,8)	626 (20,2)	1025 (33,1)
Femmes France	6210	1492 (24,0)	1170 (18,8)	3548 (57,1)
Autres femmes Afr Sub-sah	12481	3910 (31,3)	3269 (26,2)	5302 (42,5)
Femmes autres pays	3290	1028 (31,2)	740 (22,5)	1522 (46,3)
Transgenre	430	97 (22,6)	94 (21,9)	239 (55,6)
Délai entre le diagnostic du VIH et l'inclusion dans FHDH (jours)				
Médiane (Q1 - Q3)		10 (0 – 42)	17 (4 – 68)	15 (5 – 55)
Période calendaire				
2002-2013	52934	15267 (28.8)	10880 (20,6)	26787 (50,6)
2014-2016	11466	3038 (26,5)	2162 (18,9)	6266 (54,6)
Région du centre des soins				
Région Parisienne	29716	8703 (29,3)	6305 (21,2)	14708 (49,5)
Région PACA	4594	1149 (25,0)	835 (18,2)	2610 (56,8)
Reste de la métropole	24641	6527 (26,5)	4816 (19,5)	13298 (54,0)
Guadeloupe	1647	627 (38,1)	339 (20,6)	681 (41,3)
Martinique	1060	289 (27,3)	189 (17,8)	582 (54,9)
Guyane	1904	744 (39,1)	407 (21,4)	753 (39,5)
La Réunion	838	266 (31,7)	151 (18,0)	421 (50,2)

Incidence cumulée de décès avec risque compétitif

A. Selon le stade de prise en charge



Décès à 60 mois

Advancé (SIDA) : 6.0 (5.4 – 6.7)%

Advancé (CD4 ≤ 50) : 4.2 (3.6 – 4.9)%

Avancé 50 < CD4 ≤ 200 : 2.5 (2.2 – 2.8)%

Intermédiaire : 1.3 (1.1 – 1.5)%

Précoce : 0.9 (0.8 – 1.0)%

B. Selon la période de prise en charge

2014-2016 : 1.9 (1.7 – 2.2)%

2002-2013 : 1.8 (1.7 – 1.9)%

Risque de décès: subdistribution hazard ratio ajusté (sdHR (IC95%))

	0-6 mois	6-12 mois	12-24 mois	24-48 mois	48-60 mois
Stades vs précoce					
Avancé: SIDA	18.4 (12.0-28.4)	11.0 (6.7-18.0)	3.8 (2.6-5.6)	2.7 (2.0-3.7)	2.1 (1.3-3.3)
Avancé: CD4≤50/mm^3	10.0 (6.0-16.7)	6.9 (3.8-12.5)	3.5 (2.3-5.5)	2.6 (1.8-3.8)	1.5 (0.8-2.8)
Avancé: CD4 50-200/mm^3	6.8 (4.3-10.8)	3.4 (1.9-5.9)	1.9 (1.3-2.8)	1.7 (1.2-2.3)	1.6 (1.0-2.5)
Intermédiaire	1.8 (1.0-3.2)	2.0 (1.1-3.6)	1.1 (0.7-1.8)	1.6 (1.1-2.1)	1.2 (0.8-1.8)
Période calendaire					
2014-2016 vs 2002-2013	1.1 (0.8-1.5)	1.2 (0.8-1.8)	1.1 (0.8-1.6)	1.3 (1.0-1.7)	1.2 (0.8-1.8)

Conclusion

- Un accès tardif aux soins reste associé à un risque accru de décès même après 48 mois de suivi
- Il n'y a pas eu d'amélioration significative du risque de décès après l'introduction des inhibiteurs d'intégrase en 2014 quel que soit le stade à la prise en charge

Références

1. Montlahuc C, Guiguet M, Abgrall S, et al. Impact of Late Presentation on the Risk of Death Among HIV-Infected People in France (2003–2009). JAIDS 2013, 64 (2), 197
2. Raffetti E, Postorino MC, Castelli F, et al. The Risk of Late or Advanced Presentation of HIV Infected Patients Is Still High, Associated Factors Evolve but Impact on Overall Mortality Is Vanishing over Calendar Years: Results from the Italian MASTER Cohort. BMC Public Health 2016, 16 (1), 878

1. Sorbonne Université, INSERM, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, Paris, France, 2. PCCEI, Univ Montpellier, INSERM, EFS, Univ Antilles, Montpellier, France ; CIC Antilles Guyane, INSERM CIC1424, Fort-de-France, France ; CHU de Martinique, Service de maladies infectieuses et tropicales, Fort de France, France, 3. CHU de Reims, Service des Maladies Infectieuses et immunologie clinique, Reims, France, 4. Hospices Civils de Lyon, Hôpital de la Croix rousse, Service des maladies infectieuses et tropicales, Lyon, France, 5. Aix-Marseille Université, APHM, Hôpital Sainte Marguerite, Marseille, France, 6. Unité VIH-IST, Service d'Immuno-Hematologie, Hôpital Victor Dupouy, Argenteuil, France, 7. AP-HP Hôpitaux de Paris, Hôpital Saint-Louis, Services des maladies infectieuses et tropicales, Paris, France, 8. AP-HP Hôpital Raymond Poincaré, Université Paris-Saclay, Garches, France, 9. AP-HP, Hôpital Necker-Enfants Malades, Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Centre d'Infectiologie Necker-Pasteur; IHU Imagine; Institut Cochin - CNRS 8104 - INSERM U1016, Université Paris Cité; Institut Pasteur, Centre Médical, Paris France, 10. AP-HP, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Service de maladies infectieuses et tropicales, Paris, France, 11. CHU de Guadeloupe, Service de maladies infectieuses et tropicales, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe , 12. CHU Toulouse, Hôpital Purpan, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Toulouse, France , 7. AP-HM, Hôpital Ste-Marguerite, Marseille, France, 13. AP-HP, Department of Infectious Diseases, Saint-Antoine Hospital, Paris, France, 14. CHU Dijon, Service des Maladies Infectieuses, Inserm CIC 1432 Université de Bourgogne, Dijon, France, 15. Sorbonne Université, INSERM, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, CHU de Tourcoing, France, 16. Maladies Infectieuses et Réanimation Médicale, Hôpital Pontchaillou, Centre Hospitalo-Universitaire, Rennes, France, 17. CHU Strasbourg, Médecine interne, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Strasbourg, France, 18. AP-HP, Hôpital St-Antoine, Paris, France

Remerciements

Nous remercions les participants et les techniciens, sans lesquels ce travail n'aurait pu être fait. Les membres de la cohorte ANRS CO4 FHDH sont listés sur **https://anrs-co4.fhdh.fr/**