

## **Suivre les patients traités par ARV par des moyens cliniques et simples.**

### **Justifications**

L'extension du nombre de patients VIH pris en charge est limitée (entre autres) par la complexité du suivi. Si on veut augmenter de façon très significative le nombre de patients infectés et devant être pris en charge médicalement il faut limiter le nombre d'examens complémentaires à faire. De toute façon tout examen complémentaire est un frein à l'accès aux traitements, il provoque une perte en ligne du nombre de patients suivis.

Pour pallier ce handicap il faudrait un examen réalisable sur place par le soignant qui suit le patient et un examen qui produit un résultat rapide.

La politiques indispensables de décentralisation doivent s'accompagner de déconcentration des moyens surtout humains et d'innovation dans les stratégies.

Or, le critère le plus rentable pour suivre l'efficacité des traitements et l'évolution avant traitement est la mesure du poids corporel. Plusieurs études ont montré que cet indice pouvait suffire (1). Mais il doit être possible d'améliorer les performances de cet examen clinique simple. Déjà de nombreux médecins emploient l'IMC au lieu du simple poids corporel. Quelques études ont montré les liens entre les évolutions péjoratives de la maladie VIH et du BMI (3).

De plus il est admis que le VIH comme les ARV agissent de façon importante sur la répartition des graisses de l'organisme d'où l'idée d'utiliser la mesure de la masse grasseuse ce qui est théoriquement facile avec les nouveaux pèse personne avec impédance mètre incorporé.

Les traitements entraînent des perturbations du métabolisme lipidique (rapport Delfraissy, 2002). Les antiprotéases sont responsables de lipodystrophies.

Lors de l'infection par le VIH, la récupération d'énergie à partir des lipides se fait mal. On note en effet, une modification du métabolisme lipidique avec réduction de l'utilisation des acides gras libres. La récupération d'énergie se fait alors à partir des protéines (catabolisme accéléré). Il en résulte une augmentation de la synthèse des graisses au détriment des réserves protéiques, d'où une perte de la masse maigre et un relatif maintien de la masse grasse et donc une modification de la composition corporelle spécifique au VIH/Sida (joues creusées, accumulation des graisses au niveau abdominal).

Un article de 2011 montre que pour des patients sous ARV au Cameroun répartis en 2 groupes, un avec spiruline l'autre sans, après 12 semaines, BMI et poids augmentent dans les 2 groupes mais sans différence significative entre les 2 groupes alors que la part de masse grasse augmente dans les 2 groupes et plus dans le groupe sous spiruline ( $p=0,01$ ).

### **Etat des lieux**

Un essai préliminaire (très) pragmatique réalisé en Casamance au Sénégal dans un centre secondaire de traitement, au niveau d'un district, sur tous les patients mis sous ARV qui bénéficiaient outre des examens prévus par le programme national d'une mesure de l'impédance par un pèse personne, répétée les 3 premiers mois du traitement a donné des

résultats décevants. Les données fournies par cette mesure ont été comparées au poids corporel, à l'IMC et à la clinique. Le compte des CD4 et la charge virale n'étaient pas disponibles.

L'étude s'est déroulée de janvier à avril 2010.

L'utilisation des ces pèse personne « en brousse » pose un problème technique lié au fait que les paysans marchent pieds nus et viennent en consultation avec la peau des pieds épaissie et couverte de poussières. Or il faut, pour que l'impédancemètre fonctionne, un contact direct de la peau des pieds avec la surface du pèse personne. Son emploi dans les conditions de terrain est donc difficile et aléatoire (pouvant dépendre de la qualité de la toilette des pieds faite avant la mesure).

A M1 le plus souvent la variation de la masse grasseuse est plus précoce que la variation du poids ou de l'IMC.

A M3 il semble que la MG varie plus rapidement que le poids en particulier vers une baisse.

Compte tenu de l'intérêt de cette mesure (2), il a paru important d'envisager l'utilisation de moyens indirects de mesure.

Or une technique est très utilisée par les sportifs et le bodyboders dans le but de contrôler l'évolution de leurs masses grasseuse et musculaire c'est la mesure du pli cutané. Cette mesure s'est tellement répandue qu'il existe des pinces à pli cutané en plastique solides et à des prix très abordables.

### **Perspectives**

Ces moyens de suivi utilisables par les soignants en périphérie permettront au soignant de premier niveau d'évaluer souvent et en temps réel l'évolution clinique des patients séropositifs non encore traités et de dépister précocement une altération clinique susceptible de décider la mise en route d'un traitement ARV.

De la même façon ce suivi devra permettre de suivre l'efficacité des ART au plus près des patients et permettra au soignant de premier niveau d'adresser au centre de référence tous les patients dont l'état général commence à s'altérer. Et si cette mesure du pli cutané se confirme comme signe plus précoce cela permettra de prendre en charge très rapidement les patients qui le nécessite.

Il n'est pas question de supprimer tout comptage des CD4 ou toute mesure de la CV. Quelque soit le développement (nécessaire) des techniques pour rendre ces examens accessibles en périphérie le délai d'attente et les aléas des techniques sur le terrain provoquent une perte de vue d'un nombre non négligeable de patients.

Plusieurs expériences montrent que l'envoi sur papier sec de sérums pour CV au centre national ou régional ne permet pas de suivre réellement les patients sous ARV, délais de plusieurs semaines ou mois, pertes des prélèvements, convocation à plusieurs reprises des patients pour les résultats et oblige les médecins chargés des traitements à jongler avec les signes cliniques ou biologiques indirects.

Il serait plus efficace de limiter le nombre d'examens CD4 et/ou CV pour les patients qui en ont le besoin extrême en y mettant les moyens maximum pour que les résultats soient utilisables et d'utiliser des méthodes cliniques et anthropomorphiques pour les visites régulières (mono bi ou tri mensuelles).

Cette stratégie devrait permettre de « rentabiliser » au maximum les activités du centre de référence en mettant en place un guide pour le premier niveau de référencement des patients devant être vus par le « spécialiste » et de maintenir au niveau communautaire ou du dispensaire les patients traités ou non dont l'évolution ne nécessite pas de décision thérapeutique majeure.

Cette stratégie devrait responsabiliser et valoriser le rôle du soignant de 1<sup>o</sup> niveau (médecin ou infirmier) qui n'a souvent actuellement qu'une place secondaire dans la prise en charge des PVVIH.

Cet outil de suivi nécessite encore des études complémentaires.

D'une part des études physiologiques doivent confirmer et quantifier les relations entre évolution de la masse grasse et évolution de la pathologie VIH avant et après traitement. Au plan scientifique, il serait utile d'évaluer avec un impédancemètre de laboratoire les modifications de répartition dans le temps de la masse grasse chez des sujets infectés asymptomatiques, infectés symptomatiques et traités par ARV. Ceci permettrait de vérifier la valeur et l'intérêt de ce critère d'évolution de l'infection et de la maladie VIH.

D'autre part des études sur le terrain devront être poursuivies pour évaluer les qualités du test (sensibilité spécificité reproductibilité) et sa faisabilité.

Au plan pragmatique : la bibliographie nous renseigne sur un autre outil d'évaluation de la masse grasse qui est la mesure du pli cutané (technique très utilisée par les sportifs de haut niveau, culturistes mais aussi les anthropologues). Il serait donc important d'évaluer sur le terrain l'utilisation de la mesure du pli cutané en comparaison avec la prise de poids et les indices IMC et Ashwell (ou autres).

## Bibliographie

1. Madec Y. Szumilin E. Geneviev Ch. Ferradini L. Balkan S. Pujades M. Fontanet A. Weight gain at 3 months of ART is strongly associated with survival: evidence from two developing countries. *AIDS*, 10 avril 2009
2. Martinez SS. Campa A. Bussmann H. Baum MK - Effect of BMI and fat mass on HIV disease progression in HIV-infected, antiretroviral treatment-naïve adults in Botswana *British Journal Of Nutrition* · April 2016
3. Azabji-Kenfack M. et al. Potential of *Spirulina platensis* as a nutritional supplement in malnourished HIV infected adults in sub saharan Africa. *Nutrition and Metabolism Insights* 2011; 4 29-37 consultable sur [www.la-presse.com](http://www.la-presse.com)
4. Barbe, P. Ritz P. – Composition corporelle. *Cah. Nutr. Diét.*, 40, 3, 2005
5. Rey JL Rouffy D. Pinte H. Sy M. Recevoir trop d'argent nuit-il à l'innovation ? – *Med Santé trop* 2014 1