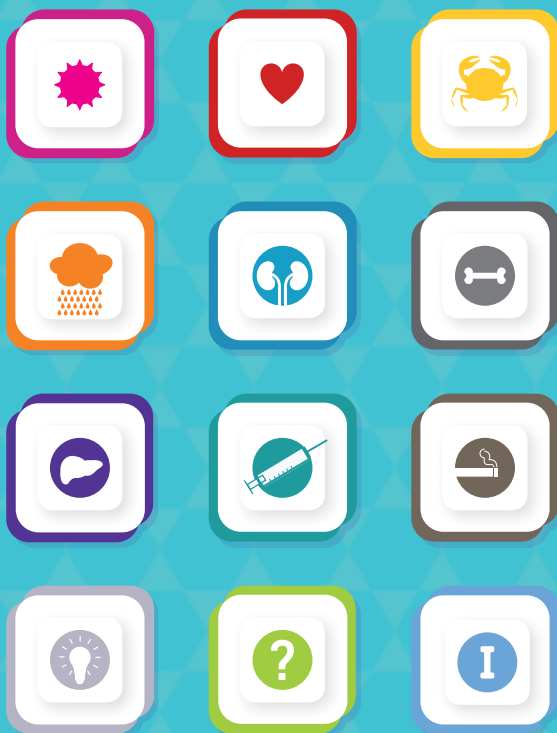


Vivre avec le VIH après 50 ans



Avant-propos

IMPORTANT

Les informations contenues dans ce document ont pour but de vous aider à mieux appréhender ou anticiper votre vieillissement avec le VIH. Nous vous invitons à échanger sur les thèmes qui y sont abordés avec votre médecin et les professionnels de santé qui participent à votre prise en charge.

L'emploi quasi systématique du masculin se justifie par une volonté d'allègement du texte.

Cette brochure, réalisée sous la responsabilité de l'association Actions Traitements, est protégé par le droit d'auteur. Sa reproduction ou son impression à des fins non commerciales sont permis. Toute modification de son contenu doit être préalablement autorisée par l'association Actions Traitements.



Cette brochure a été éditée avec le soutien institutionnel de Bristol-Myers Squibb.



ACTIONS TRAITEMENTS

190 boulevard de Charonne - 75020 PARIS
Tél : 01 43 67 66 00 - Fax : 01 43 67 37 00
Courriel : at@actions-traitements.org
Commandes : www.actions-traitements.org
Suivez-nous sur [facebook](#) et [twitter](#)

Ce document est rédigé et édité sous la responsabilité d'Actions Traitements, association de patients. Il n'est pas exhaustif : n'hésitez pas à contacter votre médecin ou pharmacien en cas de doute. La thérapeutique change rapidement, imposant des mises à jour régulières. Tenez-vous informé, parlez-en avec votre médecin.

* Les astérisques présentes dans le texte renvoient au glossaire en fin de brochure

Sommaire

- 1 Nous, baby-boomers vivant avec le VIH..... 9 à 19
- 2 Évaluez votre risque cardio-vasculaire..... 21 à 30
- 3 Cancers – Prévenir, dépister, diagnostiquer..... 31 à 40
- 4 La dépression : une vraie maladie à ne pas négliger 41 à 50
- 5 Protégeons nos reins 51 à 58
- 6 La santé des os 59 à 66
- 7 Comment va votre foie ?..... 67 à 74
- 8 N'oubliez pas la vaccination 75 à 80
- 9 Tabac : ne laissez pas votre santé partir en fumée !... 81 à 86
- 10 Quelques conseils 87 à 92
- 11 Glossaire 93 à 97

Introduction

Les plus « anciens » d'entre nous, ceux qui ont été contaminés dans les années 1980-1990, n'imaginaient pas, à l'époque, pouvoir fêter un jour leur demi-siècle. Nous avons traversé des périodes où nous étions au plus mal, nous avons perdu des compagnons, compagnes et amis morts du sida. Nous avons encaissé les chocs, nous sommes parfois tombés et nous nous sommes relevés.

Avancer vers l'âge de maturité avec le VIH, en vivant avec cette maladie devenue chronique, combine deux réalités. D'une part, c'est comme pour tous ceux qui deviennent seniors, un chemin avec ses bons et ses mauvais côtés, son lot de plaisirs et d'incertitudes. Cela nous confronte aussi à des problématiques auxquelles nous n'étions pas préparés : accepter l'idée de vieillir, prévenir les maux, petits ou grands, qui surviennent avec l'âge (en plus du VIH), se projeter à la retraite, adapter son mode de vie.

Vous vous posez naturellement la question de ce qui est spécifique ou pas à un vieillissement avec le VIH et cherchez donc à mieux comprendre cette réalité qui est la vôtre. Il y a ce que l'on sait aujourd'hui concernant ce vieillissement et ce que l'on ne sait pas encore. Les PVVIH de 50 ans et plus sont la première génération de PVVIH à pouvoir vivre cet âge de maturité inespéré, avec son lot de questions. Il n'est donc pas toujours facile d'y voir clair, et l'on peut parfois oublier certaines évidences proches du bon sens, notamment en ce qui concerne la préservation de sa santé sur le long terme.

Il n'y a évidemment pas de réponse toute faite à ces questions, de mode d'emploi qui serait valable pour toutes les PVVIH seniors. En revanche, nous pouvons vous donner quelques repères vous aidant à mieux appréhender les questions médicales qui pourraient vous concerner individuellement. Il s'agit pour vous de trouver la posture qui vous conviendra pour avancer en âge le plus sereinement possible, en veillant le mieux possible à votre santé, grâce entre autres à une information adaptée.

Notre parti pris a été pour cette brochure de vous sensibiliser en priorité aux questions médicales que pose l'avancée en âge lorsque l'on vit avec le VIH et les traitements antirétroviraux. Notre but n'est pas de vous alarmer quant aux complications éventuelles auxquelles vous pourriez faire face. Il s'agit au contraire de vous inviter à une vigilance pour mieux anticiper et si possible prévenir l'apparition de nouveaux problèmes de santé.

Devenir quinquagénaire est donc une excellente nouvelle pour nous. C'est un reflet des acquis scientifiques et thérapeutiques, de tous les progrès accomplis dans la prise en charge des PVVIH, de tous les efforts au quotidien que vous avez faits pour être là aujourd'hui. Quel que soit votre parcours, nous vous invitons à rester mobilisés, à ne pas lâcher ni vous laisser submerger dans le cas où vos soucis de santé pourraient s'accumuler. Les connaissances continuent de progresser, y compris en ce qui concerne les PVVIH seniors. Restez vigilants pour en bénéficier.

Bonne lecture !



Nous,
baby-boomers
vivant avec
le VIH

Grâce aux
progrès

et à l'efficacité
des traitements,

nous vieillissons.



Nous, « baby-boomers » vivant avec le VIH

PVVIH « quinquas » et plus : qui sommes nous ?

Nous sommes de plus en plus nombreux.

Entre 2003 et 2011, la proportion des plus de 50 ans parmi les personnes atteintes par le VIH a augmenté, passant de 25 % en 2008 à 35 % en 2011.

Tout d'abord, et tant mieux, grâce aux progrès et à l'efficacité des traitements, nous vieillissons. Un nombre important de personnes contaminées entre 20 et 30 ans dans les années 1990 atteint la cinquantaine ou l'a déjà dépassée.

Parmi les patients suivis en France métropolitaine, 41 % des hommes ont plus de 50 ans (13 % ont 60 ans et plus) ; 26 % des femmes ont passé le cap de la cinquantaine (8 % ont 60 ans et plus).

41 % des personnes suivies ont été diagnostiquées avant 1996.

Ensuite, il y a de plus en plus de « quinquas » parmi les personnes nouvellement dépistées. Les personnes âgées de 50 ans ou plus au moment du diagnostic représentent une part croissante des découvertes de séropositivité (18 % de l'ensemble des diagnostics en 2012, et 30 % chez les hommes hétérosexuels).

Plus d'un quart (27 %) des contaminations par le VIH ont été découvertes à un stade tardif (avec un taux de CD4 <200/mm³ ou au stade sida), principalement chez les plus de 50 ans et les hommes hétérosexuels.

Les personnes de plus de 50 ans sont donc plus souvent diagnostiquées à l'occasion de l'apparition de symptômes et plus tardivement que les plus jeunes. Ce constat reflète un faible recours au dépistage dans cette population qui se sent, à tort, moins concernée par le risque d'être contaminée par le VIH.

Nous, « baby-boomers » vivant avec le VIH

Vieillirons-nous plus vite ou en moins bonne santé ?

Vous avez certainement lu, ici ou là, des articles évoquant un vieillissement accéléré ou prématuré qui pourrait être dû au VIH et/ou aux traitements contre le virus. Vous avez sûrement été inquiets d'entendre que l'infection par le VIH pouvait accroître le risque de développer d'autres maladies (cancers, problèmes cardiovasculaires) ou d'y être exposés plus jeunes que les personnes séronégatives.

Mais les choses ne sont pas si simples. Les études les plus récentes permettent de nuancer ces éléments. L'apparition d'un ou plusieurs troubles associés au VIH (ce que les spécialistes appellent les « comorbidités ») serait moins liée à l'âge qu'à l'histoire médicale de l'individu, mais aussi à ses habitudes (tabagisme, consommation d'alcool ou de drogues, sédentarité, etc.).

Ainsi, une personne de plus de 50 ans, sous trithérapie depuis la découverte de sa séropositivité, en « rémission immuno-virologique », ayant une charge virale indétectable depuis au moins 5 à 6 ans, un taux de CD4 supérieur à 500 et une bonne hygiène de vie, ne vieillirait pas plus vite qu'un cinquantenaire séronégatif.

En 2012, une étude menée sur 80 000 patients en Europe a mis en évidence une espérance de vie quasi équivalente à celle de la population générale, notamment chez les hommes (les femmes ayant une mortalité légèrement supérieure). Cette étude a même montré un risque de mortalité inférieur à celui de personnes séronégatives chez des homosexuels masculins atteints par le VIH. Ce résultat s'explique probablement par l'impact positif d'un suivi médical régulier sur la prévention et le dépistage d'autres maladies.

Quels sont les mécanismes du vieillissement qui pourraient expliquer, au moins en partie, ce qui se passe chez les seniors VIH+ ?

La notion de vieillissement semble triviale, pourtant la définir est difficile. On peut dire que c'est un mécanisme continu, touchant de façon variable, chez chaque individu (pas seulement chez les PVVIH), les tissus de l'organisme, et conduisant à des dysfonctionnements de ces organes (cerveau, foie, rein, cœur, muscles, os...). Le vieillissement est associé à une plus grande vulnérabilité, à une perte de la capacité de répondre au stress, aux infections, aux agressions comme le cancer. Il a de nombreuses causes, dont l'accumulation de dommages au niveau des cellules. Lorsque celle-ci est trop importante, les cellules peuvent mourir ou continuer de vivre dans un état modifié : la sénescence. Elles ne peuvent alors exercer leurs fonctions et elles sécrètent des cytokines* pro-inflammatoires qui passent dans la circulation.

Les cellules immunitaires n'échappent pas à la sénescence. Elles perdent leur plasticité, restreignent leur capacité de répondre aux infections et aux cancers et sécrètent elles aussi des cytokines pro-inflammatoires : c'est l'immunosénescence. Certaines de ces cytokines, comme l'interleukine-6 (IL-6)* activent la synthèse, par le foie, de protéines de l'inflammation comme la « C reactive protein » (CRP), connue pour augmenter en cas d'infection.

Ainsi, lorsque les tissus de l'organisme vieillissent, leur dysfonction s'associe à un état pro-inflammatoire, dénommé « inflammaging », augmentant avec l'âge. « L'inflammaging » serait le reflet, voire la cause des comorbidités associées au vieillissement : maladies cardio-vasculaires, obésité et diabète, atteintes des fonctions cognitives*, perte musculaire et osseuse, dépression, cancers.

Les connaissances concernant ce phénomène « inflammaging » vont continuer de progresser, avec comme question corollaire celle de savoir s'il sera possible d'intervenir pour limiter ce processus.

Nous, « baby-boomers » vivant avec le VIH

Ce phénomène « inflammaging » concerne-t-il aussi les PVVIH seniors ?

Oui, et cela pour plusieurs raisons. Même lorsque le VIH se réplique faiblement, les cellules infectées, ou « réservoirs », vont sécréter ses protéines*, dont certaines induisent une inflammation. De même, la réponse immune anti-VIH sur le long terme produit une activation immune qui épuise peu à peu le système immunitaire, conduisant à sa sénescence.

En outre, il est fréquent que les personnes infectées par le VIH présentent des co-infections par des virus comme le cytomégalovirus* (CMV), ou le virus de l'hépatite C (VHC), qui participent à cette activation immune chronique.

Un domaine très étudié récemment chez les PVVIH concerne la flore intestinale, appelée « microbiote ». Selon sa composition, le microbiote peut avoir des effets bénéfiques ou néfastes sur l'organisme. Lors de la contamination par le VIH, la barrière intestinale est profondément altérée et les cellules immunitaires qui s'y trouvent et contrôlent le microbiote sont détruites.

Sous l'effet du traitement antirétroviral, la barrière intestinale et ces cellules immunitaires spécifiques se reconstituent, mais restent fragiles. De plus, la flore digestive se modifie avec l'âge et perd en partie ses propriétés protectrices. Ainsi, le passage de bactéries ou de molécules portées par elles dans la circulation sanguine (translocation bactérienne) entraîne-t-il une activation immune amplifiée.

Tous ces paramètres d'activation immune et d'inflammation de bas grade chez les personnes séropositives sont spécifiques de l'infection à VIH.

Quels sont les autres paramètres du vieillissement des PVVIH seniors ?

D'autres paramètres doivent être pris en compte. Certains antirétroviraux, notamment de première génération, ont pu favoriser une inflammation de bas grade.

Mais surtout, les facteurs personnels vont jouer un rôle déterminant : l'âge bien sûr, mais aussi le tabac, bien connu pour ses effets pro-inflammatoires et son impact négatif sur l'espérance de vie, la sédentarité, l'alimentation riche en graisses et la prise de poids conduisant à l'obésité.

Certaines PVVIH, non seulement cumulent les facteurs liés à l'infection, aux coinfections et aux atteintes du microbiote intestinal, mais ont aussi un mode de vie plus à risque et vont avoir un niveau d'inflammation circulant légèrement supérieur à celui de la population générale. Dans plusieurs études, ce niveau d'inflammation a été associé aux risques cardio-vasculaire, cognitif, hépatique, de cancers « non classant » sida, ainsi qu'à celui de la mortalité.

Que proposer ? Les statines, molécules utilisées pour diminuer le cholestérol LDL, ont aussi des propriétés anti-inflammatoires et pourraient exercer un effet bénéfique chez les seniors VIH+. À l'avenir, l'amélioration de la flore intestinale par des probiotiques* et des prébiotiques* devrait aussi apporter une réponse favorable dans ce contexte. La recherche s'intéresse de près à l'impact potentiel de ces produits sur l'inflammation.

Enfin, l'exercice physique régulier qui diminue l'inflammation et améliore les fonctions de nombreux organes, le sevrage tabagique, une alimentation équilibrée et le contrôle de la charge virale par les traitements antirétroviraux sont de toute première importance.

Nous, « baby-boomers » vivant avec le VIH

Les seniors VIH+ : une même génération mais des parcours individuels et des histoires médicales différents

Les seniors vivant avec le VIH n'ont pas tous le même risque d'être confrontés à d'autres problèmes de santé. On pourrait schématiquement les séparer en quatre catégories :

- Les personnes diagnostiquées avant 1996 et l'arrivée des trithérapies. Beaucoup ont connu des périodes où leur taux de CD4 était très bas et ont présenté au moins une infection opportuniste. Elles ont aussi expérimenté les mono- et bithérapies, composées de molécules plus toxiques et moins efficaces que les traitements qui ont suivi (30 % des personnes traitées actuellement ont commencé avec une mono- ou bithérapie). Pour cette population, un suivi médical plus approfondi et des examens complémentaires présentent un intérêt accru, notamment via le bilan de synthèse annuel.
- Celles qui ont découvert leur séropositivité dans les années 2000 et qui ont d'emblée bénéficié des trithérapies. Si elles ont été diagnostiquées avant d'atteindre un taux de CD4 bas et traitées rapidement, leur sur-risque de développer d'autres pathologies est réduit, sauf pour certaines et en fonction de leur mode de vie.
- Les seniors récemment contaminés et rapidement dépistés. Ils ont été traités tout de suite avec les dernières combinaisons présentant beaucoup moins d'effets indésirables, n'ont jamais eu un taux de CD4 très bas ni d'infection opportuniste. Pour eux, il est probable que le risque ne soit pas particulièrement augmenté.
- Et enfin, les plus de 50 ans diagnostiqués récemment mais avec une infection avancée, voire au stade sida. Là, tout dépend de la durée de l'absence de suivi et de traitement depuis leur contamination, de l'importance de l'immuno-dépression et de l'avancée de l'infection à VIH.

Concernant les deux dernières catégories, le recul n'est pas suffisant pour disposer de données fiables. On voit donc que le terme « PVVIH seniors » n'est pas assez précis pour décrire la diversité de cette population. La séniorité (avoir 50 ans et plus) n'est donc pas le seul critère pour apprécier sa propre situation. Il faut prendre en compte son histoire médicale et son mode de vie pour mieux évaluer le risque de complications liées à la prise d'âge. Parlez-en avec votre médecin.

Quels sont les facteurs de l'histoire médicale qui induisent une nécessaire vigilance sur d'éventuelles complications ?

Dans les études, il ressort que certains éléments de l'histoire médicale augmentent la probabilité d'autres pathologies, en particulier les cancers et les maladies cardio-vasculaires :

- avoir eu, à un moment de son parcours avec le VIH, un taux de CD4 très bas : c'est un marqueur des « stigmates » de l'infection et des dégâts ayant pu être causés par une immunodépression importante ;
- avoir déclaré un sida* ;
- avoir eu une maladie opportuniste à un stade avancé, comme un CMV ou un Mycobacterium avium* ;
- avoir une charge virale non contrôlée ;
- avoir consommé des drogues injectables ;
- avoir un taux de CD4 actuel <500/mm³ ;
- avoir un rapport CD4/CD8 inférieur à 0,7 ;
- avoir un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 21, donc être très mince, voire maigre (risque plus élevé de maladies cardio-vasculaires, notamment d'accident vasculaire cérébral) ;
- être co-infecté par le virus de l'hépatite B ou C (risque plus élevé de cancer du foie) ;
- avoir été infecté par certains types de papillomavirus humain* (HPV).

Certains traitements antirétroviraux, notamment les premiers inhibiteurs de la protéase, pourraient aussi avoir une influence dans le développement de certaines maladies cardio-vasculaires, rénales et osseuses. Ils sont par ailleurs susceptibles de favoriser l'apparition de diabète, de dérèglements hormonaux et de perte de densité des os.

Attention ! Cette liste a simplement pour but d'attirer votre attention et de vous servir de support pour discuter avec votre médecin. Vous ne devez pas vous focaliser uniquement sur ces facteurs s'ils font partie de votre histoire médicale. Il est important de ne pas perdre de vue l'importance des facteurs sur lesquels vous pouvez agir : prise de votre traitement antirétroviral afin de conserver un bon contrôle virologique, avoir la meilleure hygiène de vie possible, notamment avec l'arrêt du tabac, vous faire aider bien sûr. Quel que soit votre parcours, vous pouvez agir, ne vous dites pas qu'il est trop tard et que cela ne vaut plus le coup de vous mobiliser pour continuer à préserver votre santé.

Nous, « baby-boomers » vivant avec le VIH

Sommes-nous plus concernés par les pathologies liées à l'âge ?

L'avancée en âge des personnes séropositives fait surgir de nouvelles questions médicales et sociales. Nous vieillissons et notre espérance de vie se rapproche de celle de la population générale.

La part des personnes atteintes par le VIH âgées de plus de 60 ans et même 70, encore limitée aujourd'hui, va augmenter dans les années qui viennent.

Parallèlement, nous allons donc être davantage confrontés à des maladies dont la survenue est plus fréquente passé un certain âge : diabète, cholestérol, hypertension, problèmes articulaires et osseux, dépression, troubles cognitifs (notamment dus à la maladie d'Alzheimer et aux maladies apparentées)...

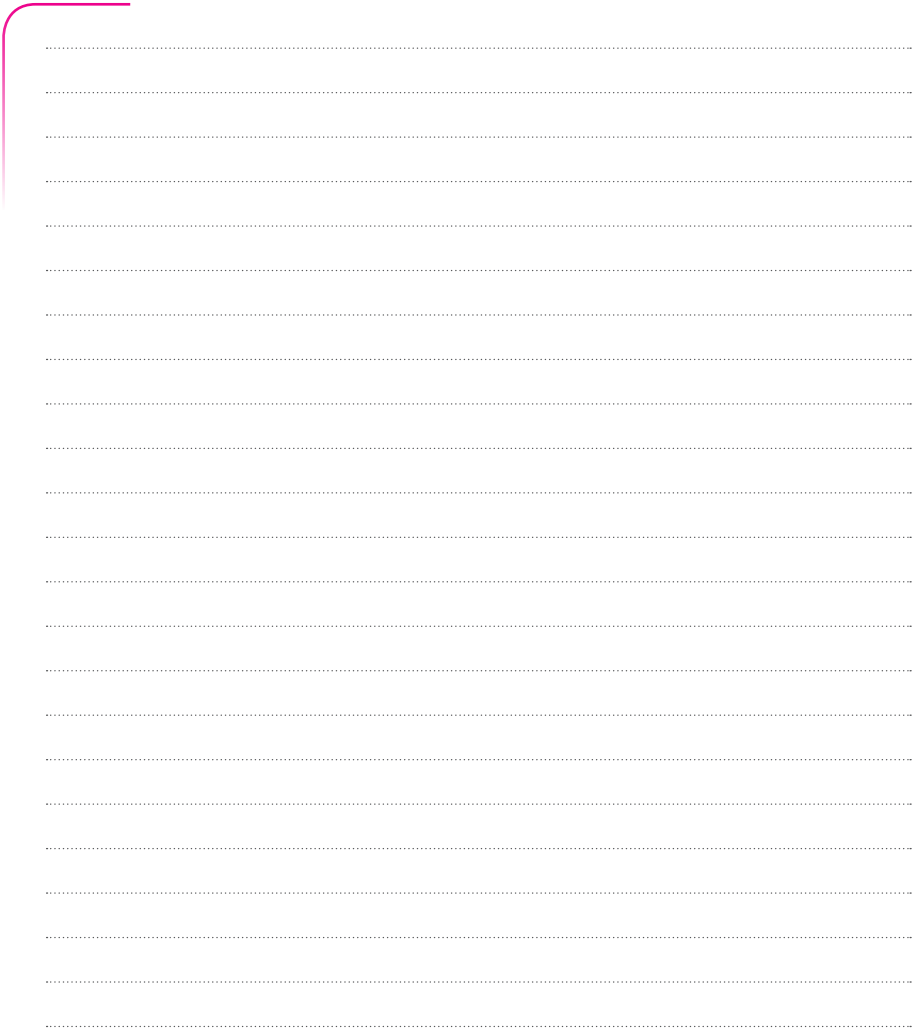
Se pose aussi le problème de la gestion du traitement antirétroviral et de ses interactions éventuelles avec d'autres médicaments pour soigner ces différentes maladies.

Concernant les troubles neurocognitifs, une recherche britannique a démontré que la seule infection au VIH ne cause pas de déficience cognitive significative si les personnes atteintes par le VIH sont :

- asymptomatiques ;
- sous traitement antirétroviral ;
- avec une charge virale indétectable ou très faible et un compte de CD4 relativement élevé ;
- sans antécédents de toxicomanie ou de problèmes de santé mentale graves pouvant affecter les facultés cognitives.

Selon certaines études, l'association de plusieurs syndromes gériatriques avec un nadir* de CD4 bas suggère que l'initiation précoce d'un traitement antirétroviral peut aider à prévenir les complications liées à l'âge.

Notes & Questions



A large area for notes and questions, featuring horizontal dotted lines for writing. A decorative pink bracket is positioned on the left side of the page, starting from the top left corner and extending downwards.

Vous trouverez dans les pages suivantes des explications sur les différentes pathologies pouvant apparaître avec l'âge et les moyens de les prévenir et/ou de les dépister précocement. Vous informer et réaliser les examens recommandés en fonction de votre situation vous permettra de vous donner toutes les chances de bien vieillir avec le VIH.



Évaluez
votre risque
cardio-vasculaire

Les changements d'habitudes

opérés à la cinquantaine,
par exemple l'arrêt

du tabac, sont bénéfiques
pour bien **vieillir**.



Évaluez votre risque cardio-vasculaire

Votre surveillance cardio-vasculaire commence par une évaluation dont votre médecin habituel peut se charger. S'il ne dispose pas d'éléments pour cette évaluation, il vous adressera à un cardiologue. Ne prenez pas suffisants cela à la légère. Il s'agit de vous préserver de ces peines dont votre cœur ne veut pas.

Qu'entend-on par « maladies cardio-vasculaires » ?

Ce sont les maladies du cœur et des vaisseaux sanguins. Les plus fréquentes sont l'infarctus du myocarde, souvent la conséquence d'une maladie coronaire, l'insuffisance cardiaque, l'artérite des membres inférieurs et l'accident vasculaire cérébral, couramment appelé AVC.

Qu'est-ce que la maladie coronaire ?

La maladie coronaire est la conséquence d'un dépôt de substances comme le cholestérol dans la paroi des artères coronaires. Ce dépôt s'appelle la « plaque d'athérome ». Quand la plaque augmente, rétrécit les canaux artériels (la « lumière » des artères) et durcit les artères coronaires, on parle d'athérosclérose. La plaque d'athérome gêne la circulation du sang, par conséquent le transport de l'oxygène vers le muscle du cœur.

Quand la diminution du flux sanguin dans les artères devient trop importante, on peut ressentir des douleurs dans la poitrine, et pas seulement en faisant des efforts : cela s'appelle l'« angine de poitrine ». Mais quand cette réduction du débit sanguin est brutale, totale et associée à un caillot de sang, il s'agit d'un infarctus du myocarde, également appelé « crise cardiaque », en langage courant.

La « crise » et l'« insuffisance » cardiaques : deux choses différentes

En effet, il ne faut pas confondre la « crise » cardiaque avec l'« insuffisance » cardiaque. Plus le cœur devient rigide, notamment à mesure que l'on prend de l'âge, plus il a du mal à pomper et à faire circuler le sang dans l'organisme. C'est l'insuffisance cardiaque.

Évaluez votre risque cardio-vasculaire

L'insuffisance cardiaque peut résulter du vieillissement des tissus du cœur ou d'une maladie du muscle cardiaque appelée « cardiomyopathie ». Mais le plus souvent, elle est une complication de l'infarctus du myocarde (ce qui explique peut-être que certaines personnes confondent les deux pathologies). En effet, le cœur ayant trop longtemps souffert d'un manque d'oxygène au cours d'un infarctus, une partie du muscle cardiaque ne se contracte plus, et cela a pour conséquence un dysfonctionnement de la pompe cardiaque.

L'artérite des membres inférieurs et l'accident vasculaire cérébral en quelques mots

L'artérite des membres inférieurs est le plus souvent due à une obstruction d'une artère des jambes, et l'on ressent des douleurs dans les jambes ou la cuisse à l'effort. Ici aussi, l'obstruction des artères résulte de la formation d'une plaque d'athérome.

Enfin, l'AVC est dû à l'obstruction - caillot sanguin ou rétrécissement - ou à la rupture d'un vaisseau qui transporte sang et oxygène vers le cerveau.

Comment évaluer le risque de maladies cardio-vasculaires ?

Les facteurs de risque pour les maladies cardio-vasculaires sont bien connus. À ceux que vous avez en commun avec toute personne séronégative de votre âge, s'ajoutent des facteurs spécifiques aux PVVIH. Avant de consulter les résultats de vos bilans réguliers, voire de les compléter par d'autres examens sanguins, votre cardiologue vous interrogera sur :

- d'éventuels symptômes : douleur dans la poitrine ; essoufflements ; palpitations ; malaises ; syncopes ; douleurs dans les jambes ; impact de ces problèmes sur vos activités quotidiennes ; somnolence... ;
- votre style de vie ;
- vos antécédents familiaux de maladies cardio-vasculaires ;
- vos propres facteurs de risque (voir ci-dessous).

Répondez à ses questions le plus précisément, le plus sincèrement possible. Ne minimisez rien, ne cachez rien. Certains facteurs de risque sont modifiables grâce à des « mesures hygiéno-diététiques » ou à des traitements.

Facteurs non modifiables

- Âge (homme : 50 ans ou plus ; femme : 60 ans ou plus) ;
- Antécédents familiaux de maladie coronaire précoce, de diabète ;
- Infection à VIH avec :
 - charge virale non contrôlée (modifiable par un traitement adapté) ou ;
 - nadir* des CD4 inférieur à 200/mm³ ;
 - CD8 supérieurs à 800/mm³.
- Avoir pris des inhibiteurs de la protéase / pendant plus de 10 ans, en cumulé ;

Facteurs modifiables : ceux sur lesquels vous pouvez agir

- Tabagisme ;
- Consommation de cocaïne, poppers, alcool, stimulants, hormones stéroïdiennes*... ;
- Hypertension artérielle permanente, traitée ou non ;
- Diabète ;
- Cholestérol - HDL (« bon » cholestérol) si inférieur à 0,40 g/L, quel que soit le sexe ;
- Cholestérol - LDL (« mauvais » cholestérol) si supérieur à 1,60 g/L.

Tenir compte

- de l'excès de poids ;
- du stress.

Facteurs de protection

- Une activité physique régulière ;
- Une alimentation équilibrée.

Évaluez votre risque cardio-vasculaire

Quels examens les plus courants le cardiologue va-t-il vous faire ?

Le cardiologue écoutera les bruits de votre cœur, mesurera votre pression artérielle et votre fréquence cardiaque. Il prendra votre pouls en plusieurs endroits, mais surtout au niveau du cou et de l'aîne. Il inspectera la circulation des artères et des veines de vos membres inférieurs, recherchera des varices.

Votre cardiologue complétera cet examen clinique par d'autres types d'examens plus « techniques » comme l'électrocardiogramme ou ECG.

L'ECG sert à évaluer le rythme du cœur et à rechercher des signes de souffrance cardiaque. Des électrodes reliées à un enregistreur sont placées sur votre poitrine et aux extrémités de vos membres. L'examen dure environ 10 minutes. Il est indolore, très « routinier » et souvent pratiqué avant la consultation. Pendant qu'il se déroule, vous devrez être allongé et respirer calmement sans parler.

L'ECG peut aussi être enregistré sur une durée de 24 heures, voire 48 heures, avec un appareil appelé « Holter ECG ». Dans ce cas, l'enregistreur auquel sont reliées les électrodes est portable. Vous le portez sur vous et vaequez à vos occupations sans y prêter attention. Le Holter ECG est surtout réalisé en cas de palpitations occasionnelles ou de malaises à répétition. Pensez à noter l'heure et les circonstances précises de ces symptômes s'ils apparaissent pendant l'enregistrement.

Les autres examens complémentaires les plus courants sont la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA, ou Holter tensionnel), l'échographie cardiaque et l'épreuve d'effort.

Au-delà des examens les plus courants, le cardiologue pourra également vous demander de réaliser plusieurs types de test pour compléter ces examens.

La MAPA (mesure ambulatoire de la pression artérielle) est pratiquée avec un enregistreur portable qui mesure la pression artérielle pendant 24 ou 48 heures. Le brassard est posé sur le bras, l'enregistreur porté en bandoulière. L'appareil se déclenche toutes les 15-20 minutes pendant la journée, toutes les 30 minutes pendant la nuit. Le bras doit rester immobile pour ne pas perturber la prise de mesure. Le gonflement régulier du brassard peut avoir pour conséquences une

nuit perturbée et un bras un peu endolori à la fin de l'examen. Évitez de mouiller l'enregistreur. Après l'examen, vous l'enlèverez et le rapporterez vous-même à votre cardiologue.

L'échographie cardiaque permet de visualiser le cœur, son activité, ses contractions en temps réel, l'état des valves cardiaques, donc de détecter une éventuelle malformation, un infarctus ancien ou une insuffisance cardiaque.

Cet examen est indolore. Le cardiologue applique un gel sur votre poitrine puis y fait glisser une sonde d'échographie afin de recueillir sur un écran les images nécessaires au diagnostic.

En sollicitant votre cœur de manière progressive, l'épreuve ou test d'effort permet de détecter des signes de souffrance cardiaque à l'effort. Sous surveillance médicale, vous faites un exercice sur un vélo ou un tapis de course roulant. Avant et pendant le test, un ECG et des mesures de la tension artérielle sont pratiqués.

Grâce à cet examen, le cardiologue saura comment se comporte votre cœur pendant l'effort et non plus seulement au repos ou en activité limitée. Il en déduira s'il existe ou non une maladie coronaire. Le test d'effort n'est pas un examen douloureux. Cependant, il peut être un peu éprouvant pour des personnes ayant peu d'activité physique ou se sentant fatiguées.

Grosse fatigue ? Avez-vous pensé à l'apnée du sommeil ?

Vous somnolez dans la journée ? Vous vous sentez souvent fatigué ? Quelqu'un vous a signalé que vous arrêtez de respirer en dormant ? Parlez-en à votre médecin, au cardiologue. Ils vous orienteront vers un spécialiste qui vérifiera si vous souffrez du syndrome de l'apnée du sommeil.

Celle-ci n'est pas spécifique à l'infection à VIH. Mais le vieillissement en est un facteur de risque et elle peut avoir pour conséquences des maladies cardiovasculaires – puisque l'apnée du sommeil peut réduire fortement la quantité d'oxygène nécessaire au bon fonctionnement de notre cœur et de notre cerveau.

Il existe des traitements validés et pris en charge de l'apnée du sommeil qui méritent d'être essayés. Quand vous aurez débuté l'un de ces traitements, vous vous sentirez très probablement en meilleure forme durant la journée.

Évaluez votre risque cardio-vasculaire

Au final

Selon les informations qu'il recueillera en vous interrogeant et en consultant votre dossier médical, en particulier vos bilans sanguins, le cardiologue décidera ou non de vous prescrire l'un ou l'ensemble des examens complémentaires décrits ici.

Dans la population infectée par le VIH, les décès de cause cardio-vasculaire augmentent modérément depuis quelques années (10 % en 2010 contre 8 % en 2005). Les chercheurs estiment que le vieillissement de cette population et le fait qu'elle soit plus exposée à des facteurs de risque cardio-vasculaire (tabagisme, alcoolisme...) que la population générale contribuent à cette tendance.

Attention ! Si tous les examens décrits ici vous sont prescrits, il ne faut pas vous inquiéter. Leurs résultats constitueront une « photographie » de votre situation au plan cardiologique, dont votre cardiologue et votre médecin habituel ont besoin pour vous suivre le mieux possible. N'oubliez pas que vous pouvez poser à ces deux spécialistes toutes les questions sur ce qui vous préoccupe.

Témoignages

« Lorsque plusieurs bilans ont confirmé que mon cholestérol était trop élevé, j'ai eu un coup de blues. Moi qui fais attention à tout. J'avais arrêté de fumer, avec toutes les difficultés que l'on connaît. J'avais appris à manger de manière plus équilibrée (mon sommeil s'est amélioré depuis que j'ai allégé mes repas du soir). Je ne prenais plus d'antiprotéase.

Mon médecin m'a évidemment proposé un médicament contre le cholestérol, mais en voyant ma tête il a tout de suite suggéré autre chose : 'Et si vous faisiez de l'exercice, deux fois par semaine pour commencer ?'

Sans conviction, je me suis mis au jogging, progressivement. Des petits parcours autour de chez moi, puis de plus longues distances. Comme pour l'arrêt du tabac, ça a été difficile, mais j'ai persévéré. Mon amie m'a aidé en décidant de courir elle aussi. De toute façon, c'était ça ou un médicament de plus. Huit mois plus tard, je n'avais plus de cholestérol ! Je n'en reviens toujours pas ! Je suis en meilleure forme qu'avant, et courir est un vrai plaisir ! »

Jean, 59 ans

« L'appareil à pression continue ? Au début, je trouvais cela très inconfortable. Un masque sur le visage. Un tuyau. Un souffle d'air qui me réveillait bien plus souvent que les apnées. Et puis je m'y suis fait, au point qu'aujourd'hui j'aurais du mal à m'en passer, tout simplement parce que je n'ai plus d'épisodes soudains de somnolence, dans la journée que j'avais beaucoup de mal à contrôler. »

Alain, 54 ans

Notes & Questions

A large area for notes and questions, featuring horizontal dotted lines for writing. A decorative pink border is present on the left side, starting from the top left corner and curving downwards.



Cancers

Prévenir, dépister,
diagnostiquer

Le pourcentage
de décès à la suite à
de cancers

chez les personnes infectées
par le VIH (36 %)

est à peu près similaire
à celui observé

dans la population générale
(30 %).



Cancers

Prévenir, dépister diagnostiquer

Un cancer est une accumulation de cellules anarchiques dans un organe (tumeur). Les tumeurs sont contrôlées par notre système immunitaire au début de leur formation. Plus tard, elles peuvent libérer des cellules cancéreuses qui, transportées par le sang ou la lymphe, vont détruire des cellules normales, parfois dans un autre organe (métastases).

Le sang et le système lymphoïde* ne sont pas concernés par les tumeurs puisque leurs cellules sont « circulantes ». Quand celles-ci sont cancéreuses – leucémies pour le sang, lymphomes* pour la lymphe – c'est leur propre fonction vitale qui disparaît.

Avons-nous, PVVIH seniors, un risque plus important de développer un cancer ?

Le pourcentage de décès à la suite de cancers chez les personnes infectées par le VIH (36 %) est à peu près similaire à celui observé dans la population générale (30 %). Cependant l'ensemble des cancers représentait en 2010 la première cause de mortalité chez les personnes infectées par le VIH.

Les trois cancers « classant sida » (sarcome de Kaposi*, lymphome malin non hodgkinien, cancer du col de l'utérus) sont en régression depuis l'arrivée des trithérapies. Ces cancers sont appelés ainsi car leur apparition induit le diagnostic de la maladie du sida chez les personnes infectées par le VIH. **Le risque pour les personnes séropositives de développer l'un de ces cancers a fortement diminué depuis une dizaine d'années.** En comparaison avec la population générale, ce risque est encore 35 fois plus élevé pour le sarcome de Kaposi, mais ce n'est plus le cas pour le lymphome malin non hodgkinien lorsque les personnes ont une charge virale contrôlée et un taux de CD4 > 500/mm³ depuis au moins 2 ans.

L'âge auquel les personnes atteintes par le VIH sont touchées par ces cancers est légèrement moins élevé que dans la population générale : 2 ans plus tôt pour le sarcome de Kaposi, 3 ans pour le cancer du col de l'utérus. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les personnes atteintes par le VIH étant régulièrement suivies, le diagnostic de cancer intervient précocement.

Une charge virale > 500 copies/ml et un taux de lymphocytes CD4 < 200 cellules/mm³ sont deux déterminants du risque de cancers « classant » sida .

Cancers

Prévenir, dépister diagnostiquer

Quels sont les cancers les plus fréquents chez les personnes atteintes par le VIH ?

La proportion de décès liés à un cancer « non classant » sida et non lié aux hépatites virales a doublé entre 2000 et 2010 (passant de 11 à 22 %).

Parmi ces cancers, les plus fréquemment retrouvés chez les personnes atteintes par le VIH sont le cancer du poumon, la maladie de Hodgkin et le cancer du canal anal (observé aussi bien chez les hommes que chez les femmes).

Le cancer du foie touche plus spécifiquement les personnes co-infectées par les virus des hépatites B et C, ce qui souligne l'importance du traitement de ces infections associées au VIH.

Toutes les personnes atteintes par le VIH ne sont pas également concernées par le risque de cancer. Une étude effectuée entre 1998 et 2006 sur une cohorte en Aquitaine a mis en évidence qu'un taux de CD4 <500 était associé à un risque augmenté de présenter un cancer « non classant » sida. Une étude plus récente a montré qu'à niveau de consommation tabagique équivalent, le risque de cancer du poumon et de la sphère ORL était identique chez les patients VIH ayant un taux de CD4 élevé (> 500/mm³) et dans la population générale.

La récupération d'une bonne immunité grâce aux traitements antirétroviraux semble donc contrebalancer l'accroissement dû au VIH du risque de cancer.

Une exception : le risque d'un cancer du canal anal reste plus important chez les personnes ayant une histoire ancienne avec le VIH et ayant connu de longues périodes de forte immunodépression, même si elles ont aujourd'hui un bon niveau de CD4. Ces données plaident pour un dépistage ciblé de ce cancer dans ces populations.

Comment se préserver ?

Se protéger des cancers est possible grâce à des méthodes validées de prévention, de dépistage et de diagnostic précoce, dont certaines sont spécifiques aux PVVIH.

Est-il vrai que mon traitement antirétroviral aide à prévenir les cancers ?

Oui, la réplication du VIH est associée à certains cancers, possiblement en raison de l'inflammation qu'elle entraîne. Cette théorie peut se résumer de la façon suivante :

- même une faible réplication du VIH induit une inflammation ;
- le système immunitaire s'active (inflammation) pour maîtriser les infections (VIH, HPV, etc.) et les cellules cancéreuses, mais il finit par s'épuiser ;
- cette inflammation persiste si la charge virale n'est pas parfaitement contrôlée ;
- l'inflammation persistante augmenterait les risques de comorbidités.

On peut donc considérer que si votre traitement antirétroviral contrôle bien votre charge virale, il constitue très probablement un rempart contre les cancers.

Quelles autres mesures de prévention envisager ?

Le tabac est indiscutablement l'un des facteurs majeurs de risque de cancers, en population générale comme chez les PVVIH. Il faut donc s'orienter vers le sevrage tabagique.

Les autres mesures de prévention que nous vous recommandons concernent elles aussi la population générale : éviter d'être exposé au soleil sans protection, alimentation diversifiée et équilibrée, consommation d'alcool modérée, pratique d'une activité physique, surveillance de son poids, bref, ce que l'on appellerait communément « vivre sainement ».

L'Institut national du cancer communique beaucoup d'informations sur ce sujet. Consultez son site web : <http://www.e-cancer.fr/prevention>

Cancers

Prévenir, dépister diagnostiquer

Qu'en est-il du dépistage des cancers chez les PVVIH ?

Les PVVIH, tous âges confondus, doivent bénéficier des programmes de dépistage destinés à la population générale - par exemple, pour les cancers du côlon, du sein, du col de l'utérus -, mais aussi des mesures spécifiques aux cancers définissant le sida et à ceux qui prédominent aujourd'hui chez les PVVIH.

Pour certains cancers, il s'agit plus de « diagnostic précoce » que de « dépistage » car ce n'est que lorsque leurs premiers signes apparaissent, donc que la maladie est déjà faiblement installée, que patients et médecins sont alertés. Un exemple, le cancer broncho-pulmonaire : ce n'est qu'à l'apparition de symptômes persistants ou résistants chez un patient qui fume ou a fumé que le médecin prescrira en premier lieu une radio des poumons.

Le calendrier de dépistage proposé (voir tableau ci-dessous) comprend à la fois des examens indiqués pour la population générale et d'autres, plus spécifiques à votre situation de personne séropositive.

Nous insistons auprès de vous sur la nécessité du dépistage de certains cancers :

- peau et muqueuses : un examen attentif une fois par an vous est recommandé ;
- col utérin et vagin : toute femme séropositive doit pouvoir bénéficier d'un dépistage par frottis*, dont la périodicité dépendra des résultats de frottis antérieurs. Tout frottis anormal ou difficile à interpréter doit être contrôlé par une colposcopie ;
- canal anal : le dépistage est recommandé aux hommes qui ont des rapports des hommes ; aux personnes qui ont eu des condylomes dus au papillomavirus ; aux femmes chez qui un cancer ou des cellules anormales du col utérin ont été détectés.

Que faire si mon dépistage est positif ?

Tout dépistage ou procédure menant à un diagnostic précoce doit conduire à des examens complémentaires et à un traitement si nécessaire. Si vous devez être traité, une nouvelle équipe médicale prendra temporairement le relais de votre prise en charge. Un Programme personnalisé de soin (PPS) sera élaboré pour éviter l'interruption de votre suivi pour le VIH et faciliter la concertation entre médecins infectiologue, oncologue et généraliste.

Le traitement du cancer devant être adapté à chaque situation (type de cancer, profil du patient), il serait impossible de l'aborder ici en détail. Mais votre oncologue vous apportera les informations dont vous avez besoin si vous devez commencer un traitement.

Témoignage

« À la fin des années 1990, bien avant que je commence mon traitement antirétroviral, j'ai eu des condylomes à l'anوس, on peut dire 'à répétition'. On me les supprimait au laser, mais le mois d'après, ils étaient là ! Mon proctologue insistait pour que je revienne faire les examens de contrôle très régulièrement, et je suivais son conseil. Huit mois après le début de mon traitement antirétroviral, nous nous sommes rendu compte qu'il n'y avait pas de récurrence. Le proctologue a alors espacé mes rendez-vous de contrôle. Mais peu à peu j'ai oublié, et ce n'est que lorsque j'ai entendu parler, à Actions Traitements, d'une augmentation des taux de cancers chez les hommes gays, séropositifs et seniors comme moi que j'ai repris un rendez-vous. Des années s'étaient écoulées. Mon proctologue a recommencé à me suivre et détecté des lésions d'un autre type. Il était vraiment préoccupé. Cette fois-ci il m'a opéré sous anesthésie générale. Il a fait analyser les lésions qui se sont révélées très oncogènes. Les contrôles ont repris. Aucune rechute ne se présente. Je suis confiant maintenant, mais c'est surtout parce que je n'oublie plus mes rendez-vous. »

Didier, 55 ans

Cancers

Prévenir, dépister diagnostiquer

Calendrier de dépistage des cancers d'une PVVIH

Ce calendrier vous donne un aperçu des recommandations de dépistage. Il vous permettra, en fonction de votre profil (colonne du « profil patient »), de discuter avec votre médecin de la nécessité de faire tel ou tel examen de dépistage.

Type de cancer/ Dépistage	Profil du patient	Périodicité
Cancers du foie : échographie du foie, associée à un dosage de l'alpha-fœtoprotéine* (recommandé aux États- Unis – proposé en France)	• Cirrhose	Tous les 3 à 6 mois
	• Virus hépatite B (VHB) non contrôlé (par un traitement) et plus de 50 ans • VHB non contrôlé et personne originaire d'Afrique subsaharienne • Antécédent familial de cancer du foie	Tous les 6 mois
Cancer anal : examen de la région anale	• Homme ayant des rapports avec des hommes • Toute personne ayant des rapports anaux • Antécédents de condylomes* • Antécédents de conisation*	Premier bilan systématique ; puis périodicité à définir en fonction des résultats
Cancer du col : frottis* cervical	Si CD4 > 200 mm ³ Si pas d'antécédent de frottis anormal	1 fois par an
	Si CD4 < 200 mm ³ Si antécédent de frottis anormal ou de conisation	2 fois par an
Colposcopie	Si frottis cervical avec lésions de bas ou haut grade Si HPV au niveau du col	À la demande

Type de cancer/ Dépistage	Profil du patient	Périodicité
Recherche d'une infection à HPV au niveau du col	Si antécédent de conisation*	1 fois par an
	Si frottis cervical difficile à interpréter	À la demande
Examen de la peau/ de la muqueuse de la bouche	Tous les patients	1 fois par an
Recherche de mélanome (cancer spécifique de la peau)	Personnes à risque (voir www.e-cancer.fr)	Tous les 6 mois
Palpation des seins et mammographie	Femmes de 50 à 74 ans (dès 40 ans, si antécédent familial)	1 fois tous les 2 ans
Cancer du côlon : hémocult (recherche de sang dans les selles)	Toute personne âgée de 50 à 74 ans	Tous les 2 ans
Cancer de la prostate : toucher rectal	Hommes de 50 à 75 ans	1 fois par an

Notes & Questions

A large area for notes and questions, featuring horizontal dotted lines for writing. A decorative pink border is present on the left side, starting from the top left corner and curving downwards.



La dépression :
une vraie maladie
à ne pas
négliger

Devenir quinquagénaire,
c'est donc une excellente nouvelle

pour nous.

Mais paradoxalement,

cela nous confronte
aussi à une
problématique

auxquelles nous n'étions

pas préparés :

l'idée de vieillir.



La dépression une vraie maladie à ne pas négliger

Les plus de 50 ans atteints par le VIH sont plus fréquemment touchés par la dépression que les personnes séronégatives de la même tranche d'âge. Trop souvent, la dépression n'est pas détectée ou bien encore banalisée. Informez-vous sur ses symptômes et sur les moyens de la

D'où vient la dépression ?

Les personnes séropositives sont plus nombreuses à souffrir de dépression que les séronégatifs. En 2011, 27,8 % des personnes atteintes par le VIH ont connu un épisode dépressif majeur (contre 8 % dans la population générale).

Vivre avec le VIH est psychologiquement compliqué. Vieillir avec le VIH peut représenter une difficulté supplémentaire, surtout lorsque l'on sait que dans la population générale les symptômes dépressifs sont plus fréquents après un certain âge. Il est donc important de consulter pour traiter ces troubles afin qu'ils ne s'installent pas durablement.

La dépression est une maladie psychique fréquente caractérisée par une tristesse inhabituelle, une perte d'intérêt et/ou de plaisir, et des symptômes qui affectent la vie quotidienne. Il n'y a pas de cause unique à l'apparition d'une dépression : la maladie résulte d'une conjonction de facteurs biologiques, génétiques, liés à l'environnement social et à l'histoire personnelle. Les séropositifs de plus de 50 ans cumulent plusieurs facteurs pouvant conduire à la dépression : vivre avec le virus parfois depuis de longues années, avoir perdu de nombreux proches, l'apparition de nouveaux problèmes de santé liés au vieillissement, la modification de l'image corporelle, la stigmatisation, l'isolement, la précarité sociale... Il y a quelques années, une étude américaine avait révélé l'existence de symptômes dépressifs chez plus de 6 seniors vivant avec le VIH sur 10.

De façon générale, la présence d'une maladie chronique peut favoriser l'apparition d'une dépression. Ne rechignez pas à parler à votre médecin des changements de votre état affectif, émotif, de vos idées noires ou de comportements qui pourraient indiquer une dépression : ne vous dites pas que c'est « normal ». Il est normal d'être affecté par l'annonce et la vie avec une maladie chronique mais, avec le temps, il n'est pas « normal » d'être déprimé.

La dépression une vraie maladie à ne pas négliger

La dépression est une maladie qui doit être prise en charge. Non soignée, elle peut évoluer vers un état dépressif permanent, avec un risque important de difficultés d'observance des traitements, voire de ruptures thérapeutiques.

Mais le principal risque d'une dépression non traitée est le suicide. La proportion de décès par suicide chez les personnes séropositives (5 %) est supérieure à celle de la population générale (2 %).

Coup de blues ou dépression : comment faire la différence ?

Il est naturel d'être triste à la suite d'une déception ou abattu par une mauvaise nouvelle. Mais contrairement à la déprime passagère - coup de blues -, la dépression est un état de profonde détresse qui dure et qui tranche avec l'état antérieur. Elle se caractérise par une modification importante de l'humeur (tristesse permanente), une perte de motivation, une souffrance parfois insupportable, un ralentissement des gestes de la vie courante. Les activités deviennent pesantes ; ce que l'on aimait faire auparavant ne présente plus d'intérêt. On se sent inutile et impuissant. Des idées noires et/ou suicidaires peuvent apparaître.

La dépression perturbe le fonctionnement de l'organisme (sommeil, alimentation, sexualité) et a des répercussions sur la vie sociale, familiale et professionnelle.

Maladie aux multiples facettes, la dépression est parfois difficile à déceler. La personne qui en souffre a du mal à repérer ses symptômes, les sentiments d'échec, de culpabilité, de mésestime de soi, inhérents à la maladie, lui donnant l'impression que toute aide extérieure est inutile.

C'est pourquoi l'entourage peut jouer un rôle essentiel dans le diagnostic de la maladie en encourageant la personne à consulter.

Certains changements peuvent alerter les proches : la personne n'a plus envie de pratiquer des activités qui lui plaisaient avant, ne fait plus de projets, est d'humeur instable, peut se montrer agressive ou a des difficultés à se concentrer.

Des symptômes physiques (migraines, douleurs dorsales, abdominales, etc.) peuvent également signaler une dépression masquée.

La dépression est-elle un trouble neurocognitif ?

Vous avez sans doute entendu parler des troubles des fonctions cognitives* chez les PVVIH. Peut-être même les avez-vous subis. En effet, le virus ayant la capacité de pénétrer dans le système nerveux central, les troubles neurocognitifs(TNC) sont fréquents chez les PVVIH : de 30 à 50 % d'entre elles présenteraient ces troubles. Mais ces chiffres doivent être nuancés, car dans environ 60 % des cas les TNC sont asymptomatiques, c'est-à-dire qu'ils ne perturbent pas la vie quotidienne.

La dépression est connue pour altérer les fonctions cognitives. Ainsi, elle serait plus un facteur de risque qu'un TNC à proprement parler (même s'il nous paraît évident qu'elle peut aussi être une conséquence des TNC qui, à un stade avancé, ont un impact sur le bien-être).

Les autres facteurs de risque pour les TNC comprennent, entre autres, le VIH non contrôlé par un traitement antirétroviral, la prise de produits psychoactifs et certaines comorbidités.

Le diagnostic des TNC n'est pas forcément facile. Il est néanmoins important que votre médecin les évalue si vous vous en plaignez, avec en premier lieu des tests très simples comme des autoquestionnaires. La plupart du temps, les résultats des tests sont normaux.

Ne vous étonnez donc pas si votre médecin dédramatise « vos » TNC, comme cela lui est recommandé, et ne vous en agacez pas. Par exemple, quelques pertes de mémoire ne signifient pas forcément que l'on est atteint de troubles neurocognitifs. Elles peuvent aussi refléter un stress, de la fatigue, le début du vieillissement ou... un état dépressif !

La dépression une vraie maladie à ne pas négliger

Comment soigne-t-on la dépression ?

La dépression se soigne généralement en combinant médicaments antidépresseurs et soutien psychothérapeutique, les épisodes d'intensité modérée pouvant parfois se résoudre uniquement par la psychothérapie.

Les antidépresseurs traitent les symptômes et améliorent l'humeur. Ils peuvent aider à retrouver le sommeil, l'appétit, de l'énergie, du plaisir et des pensées positives. En raison de leurs mécanismes d'action dans le cerveau, un laps de temps de quelques semaines est souvent nécessaire avant que l'on en ressente les bénéfices. D'autre part, une longue période (au moins 6 mois) est nécessaire pour produire durablement les effets escomptés et prévenir les rechutes.

L'efficacité des antidépresseurs est scientifiquement prouvée : ces médicaments sont réellement nécessaires dans le traitement des dépressions caractérisées.

Contrairement à certains médicaments prescrits pour traiter l'anxiété, les antidépresseurs ne créent aucune dépendance.

La psychothérapie permet d'appivoiser ce qui vous arrive, de lui donner du sens, de pouvoir exprimer votre ressenti sans honte et sans crainte d'être jugé. Il est alors possible d'envisager la situation d'une manière posée, apaisée, et de trouver des solutions adaptées.

Plusieurs types de psychothérapies peuvent être proposées. Elles ne nécessitent pas forcément que vous vous allongiez sur un divan ! Certaines sont d'ailleurs des thérapies à court et moyen terme.

Que puis-je faire, moi, en plus du traitement ?

Vous pouvez favoriser la réussite de votre traitement antidépresseur en adoptant certaines habitudes.

L'activité physique déclenche la libération d'endorphines. Ces substances naturelles, produites dans le cerveau, contribuent à assurer une bonne humeur. Les personnes qui font régulièrement de l'exercice répondent mieux et plus rapidement aux antidépresseurs que celles qui n'ont pas d'activité physique.

Les balades à l'extérieur sont recommandées : campagne, montagne, bord de mer, forêt, parcs, jardins, peu importe ! Le grand air et la lumière du soleil sont bénéfiques pour le moral.

Maintenir une alimentation équilibrée, quand on est déprimé, n'est certes pas facile : manque d'intérêt, d'appétit, ou au contraire accès boulimiques sont fréquents. Cependant, les composants naturels de certains aliments (oméga-3, vitamines du groupe B, fer, sélénium, antioxydants...) semblent avoir un effet antidépresseur. On les trouve principalement dans les fruits et les légumes frais, le poisson, les huiles végétales, les céréales complètes. N'oublions pas non plus le chocolat, dont les vertus antidépressives sont souvent évoquées !

En revanche, attention à l'alcool et à son effet euphorisant trompeur qui peut aggraver l'état dépressif. De plus, l'alcool est déconseillé avec la prise d'un traitement antidépresseur.

Enfin, même si l'on tend à se replier sur soi au cours d'une dépression, il est très important, dès le début de l'amélioration, de renouer des liens sociaux et amicaux. Tous ces messages, vous aurez peut-être du mal à les entendre si vous êtes déprimé. Mais la dépression est une maladie qui guérit si elle est bien prise en charge. On s'en sort, soyez-en certain !

La dépression une vraie maladie à ne pas négliger

Pour vous aider à mieux vous repérer et voir si vous souffrez de dépression, voici un tableau récapitulatif des symptômes que vous pourriez observer. Parlez-en à votre médecin pour faire un point avec lui si vous estimez souffrir de dépression.

Les symptômes de la dépression		
Modification de l'humeur	Troubles de la pensée	Manifestations physiques
<ul style="list-style-type: none">• Cafard• Tristesse permanente• Envie incontrôlable et fréquente de pleurer• Irritabilité• Perte totale d'intérêt pour les activités ordinairement agréables	<ul style="list-style-type: none">• Baisse de l'estime de soi• Sentiment de culpabilité• Anxiété ou inquiétude excessive• Difficultés de concentration• Pertes de mémoire• Incapacité à prendre des décisions• Pensées de mort	<ul style="list-style-type: none">• Agitation ou ralentissement des mouvements• Perte d'énergie• Fatigue• Sommeil perturbé (insomnie ou envie de dormir excessive)• Perte ou augmentation de l'appétit• Amaigrissement ou prise de poids.

Témoignage

« Je suis plutôt bien dans ma peau ; alors, bêtement, je pensais que la dépression, ça ne me concernait pas. Je suis séropo depuis 20 ans, je l'ai toujours assumé. J'ai une vie sympa, des amis, un boulot intéressant. Bref, tout allait bien jusqu'à il y a 2 ans, quand je me suis séparé de mon compagnon. Rien de dramatique : on était arrivés au bout de notre histoire et on s'est d'ailleurs quittés en bons termes.

Mais quelques semaines après, la dépression m'est tombée dessus. Je ne saurais pas dire pourquoi ni comment : je ne l'ai pas vue venir. Ça a commencé par des insomnies de plus en plus fréquentes : je me réveillais à 4 heures du matin, impossible de me rendormir. Je ne mangeais presque plus, je pleurais sans raison. Le matin, devant mon bol de café, les larmes se mettaient à couler. Je me trouvais ridicule mais je n'arrivais pas à le contrôler. Je n'avais plus envie de sortir, de voir des potes : je me repliais sur moi-même. Et puis j'avais des bouffées d'angoisse qui arrivaient d'un coup, l'impression d'étouffer. Un déclic s'est produit le jour où, arrivé devant mon lieu de travail, je n'ai pas pu franchir la porte. Je suis rentré chez moi et j'ai appelé mon médecin.

Il m'a évidemment prescrit des antidépresseurs. J'étais hyper-réticent surtout que les médocs, j'en prends déjà suffisamment. Et puis je ne croyais pas à leur efficacité. Il a insisté. Ça a mis environ 3 semaines à agir mais franchement, je n'en revenais pas. J'ai retrouvé le sommeil, l'appétit et surtout l'envie de vivre ! »

Alex, 59 ans

Notes & Questions

A large area for writing notes and questions, consisting of horizontal dotted lines. The area is framed by a pink border on the left and top.



Protégeons
nos
reins

Les reins ont
plusieurs fonctions
vitales : filtration et élimination
des déchets,
récupération des
éléments nécessaires
à l'organisme,
contrôle de l'équilibre des sels
minéraux nécessaires



Protégeons nos reins

La surveillance rénale des personnes séropositives commence dès le diagnostic de l'infection à VIH. Pour celles qui prennent de l'âge, elle peut être renforcée.

Pourquoi me soucier de la santé de mes reins ?

Les reins ont plusieurs fonctions vitales : filtration et élimination des déchets ; récupération des éléments nécessaires à l'organisme ; contrôle de l'équilibre des sels minéraux nécessaires. Grâce aux reins, la vitamine D « brute » provenant de nos aliments acquiert la capacité de « fixer » le calcium sur les os. Enfin deux hormones, la rénine qui régule la pression artérielle, et l'EPO* qui stimule la production des globules rouges, sont fabriquées par les reins.

Les PVVIH ont plus de facteurs de risque pour la maladie rénale (voir ci-dessous) que la population générale. La surveillance de leur fonction rénale doit donc être au moins annuelle. Car la maladie rénale chronique s'installe sans symptôme apparent.

Qu'entend-on par maladie rénale chronique ?

On parle de maladie rénale chronique lorsqu'il existe soit une fuite de protéines dans les urines (protéinurie), soit une baisse de la capacité de filtration (débit de filtration glomérulaire). Ces dysfonctions peuvent être la conséquence de maladies comme le diabète, le VIH, les infections urinaires, une maladie lithiasique (calculs) ou l'hypertension. Elles peuvent générer une accumulation de déchets dans le sang, de l'hypertension, une fragilisation des os, une anémie, des problèmes neurologiques, une malnutrition, des maladies du cœur et des vaisseaux sanguins, une insuffisance rénale chronique (IRC).

Protégeons nos reins

Qu'est-ce que l'insuffisance rénale chronique et quels en sont les facteurs de risque ?

L'IRC est un déclin progressif et silencieux de la fonction de filtration rénale. Elle est de plus en plus fréquente chez les PVVIH seniors.

Les principaux facteurs de risque sont : l'âge ; le sexe féminin ; l'origine africaine ou antillaise ; la prise d'anti-inflammatoires ; les drogues ou autres traitements toxiques pour le rein ; le diabète ; les troubles d'assimilation des graisses par l'organisme ; le tabac et l'hypertension artérielle - ces quatre derniers facteurs générant l'athérosclérose (maladie des artères) - étant souvent liés au vieillissement.

Plus spécifiques aux PVVIH, les facteurs de risque rénaux sont le VIH lui-même, les hépatites B ou C (co-infections), un faible taux de CD4, la prise des traitements antirétroviraux. Par ailleurs, le tabac est bien plus consommé chez les PVVIH que chez les personnes séronégatives.

L'insuffisance rénale peut être aiguë, avec pour cause directe le VIH. Le meilleur traitement de cette forme aiguë est le traitement antirétroviral, dès l'instant où il contrôle la charge virale. Cela explique que les personnes ignorant leur séropositivité sont très exposées à l'insuffisance rénale aiguë.

En quoi consiste ma surveillance rénale ?

Votre surveillance rénale repose principalement sur deux examens : estimation du débit de la filtration glomérulaire, ou DFG, et recherche d'une protéinurie. Elle est intégrée à votre suivi régulier. L'évolution des facteurs de risque de leurs patients au cours du temps incite parfois les médecins à intensifier la surveillance rénale.

Qu'est-ce que le DFG (débit de filtration glomérulaire) ?

Chaque rein a un « outil » qui filtre les déchets de l'organisme transportés par le sang : le glomérule, c'est-à-dire un amas de vaisseaux sanguins rappelant une boule de cheveux.

Le DFG – ou clairance – reflète la capacité du glomérule à filtrer les déchets par l'urine qu'il sécrète.

Dans un échantillon de sang, on mesure le taux de créatinine (déchet d'une protéine musculaire normalement éliminé par les reins), ou créatininémie. Le résultat est alors mis en rapport avec d'autres paramètres dans une formule d'estimation qui reflète bien la réalité (sauf pour les poids et les âges extrêmes). Les formules les plus utilisées sont :

- MDRD : créatinine/âge/sexe ;
- CKD-EPI : créatinine/âge/sexe/origine ethnique.

Vous pouvez estimer vous-mêmes votre DFG avec l'une de ces formules sur Internet. Mais ne paniquez pas face à un résultat « inquiétant » sans en discuter avec votre médecin, car les reins sont des organes résistants.

Il faut d'ailleurs valider ce résultat avec un autre bilan et tenir compte d'autres éléments. Par exemple, l'exercice physique et l'inflammation accélèrent l'élimination des déchets musculaires par le sang. Si vous avez fait du sport ou eu de la fièvre dans les 48 heures précédant l'examen, précisez-le à votre médecin.

Interprétation des résultats d'un DFG estimé

- $1 \geq 90$ ml/min / $1,73 \text{ m}^2$: DFG normal
- 60-90 : insuffisance rénale minime
- 30-59 : insuffisance rénale modérée
- 15-29 : insuffisance rénale sévère
- < 15 - < 10 ml/min : insuffisance rénale terminale

(peut conduire à la dialyse, une machine pour remplacer la filtration par les reins)

Enfin, si un DFG normal ou élevé est accompagné d'autres problèmes (protéinurie, hypertension), il indique peut-être une maladie rénale.

Protégeons nos reins

Qu'est-ce que la protéinurie ?

La protéinurie est la présence de protéines de n'importe quelle nature dans l'urine. Normalement, celles-ci ne sont pas éliminées mais réabsorbées par les reins parce que l'organisme en a besoin. Une protéinurie trop élevée est donc indicatrice d'un dysfonctionnement des reins.

Le test de protéinurie se pratique sur un échantillon d'urine, prélevé le matin de préférence.

Les calculs aux reins sont-ils fréquents chez les PVVIH ?

Les calculs, ou lithiases urinaires, ne sont pas rares chez les PVVIH. Ils sont toutefois plus fréquents chez les personnes en surpoids et/ou atteintes de diabète et d'hypertension, et leur apparition peut être favorisée par certains antirétroviraux.

Les calculs se forment à partir de la concentration de sels minéraux ou de résidus de médicaments dans les reins. Leur évacuation par les voies urinaires peut être douloureuse, les symptômes survenant généralement de façon brutale.

En cas de calculs dus à un antirétroviral, votre médecin modifiera peut-être votre traitement.

Quelles précautions prendre pour prévenir tous ces troubles rénaux ?

Il faut boire en quantité suffisante tous les jours, de l'eau plutôt que des boissons sucrées.

S'alimenter de manière équilibrée et faire de l'exercice physique contribue à maîtriser les facteurs de risque comme le diabète et l'hypertension, comme d'ailleurs certains médicaments.

Il convient d'éviter de prendre des médicaments en vente libre, des produits à base de plantes, sans d'abord en parler à votre médecin ou à votre pharmacien. Certains peuvent être toxiques pour les reins.

Témoignage

« En voyant les résultats de mes bilans, ma meilleure amie qui est infirmière souriait : 'Tu n'es plus toute jeune, tes reins ne fonctionnent plus aussi bien qu'avant !' Mon médecin me l'avait dit lui aussi, mais cette insuffisance rénale était minime et stable. Donc tant qu'elle ne bougeait pas...

Un jour, je me réveille avec un mal de dos épouvantable. Une autre amie me donne des médicaments qu'elle obtient sans problème à la pharmacie. Ayant beaucoup de travail, pas le temps d'aller consulter, étant vite soulagée, je continue de prendre les comprimés tant que j'en ai ! Quelque temps plus tard, en voyant mes derniers bilans, mon médecin fait la tête. Ma fonction rénale a chuté. Il veut comprendre, m'interroge sur tout ce que j'ai pu prendre comme traitement depuis ma dernière visite. En lui citant le nom du médicament pour le mal de dos, je réalise que j'ai fait une erreur.

'Des anti-inflammatoires ? Sans ordonnance ? Et vous n'en avez pas parlé à votre généraliste ?'

Il a alors intensifié ma surveillance rénale qui, au bout de plusieurs mois, montre une légère amélioration. Mes reins vont-ils retrouver un fonctionnement parfaitement normal ? Je n'en sais rien. Ce dont je suis certaine, c'est que je ne prendrai plus d'anti-inflammatoires sans avis médical ! »

Irène, 54 ans

Notes & Questions

A large area for notes and questions, featuring horizontal dotted lines for writing. A pink bracket is positioned on the left side of the page, spanning the height of the writing area.



La santé des OS

Nos OS

assurent des
fonctions

essentielles :

soutien, mobilité,
protections des
organes...



La santé des OS

Nos os ont plusieurs fonctions essentielles : soutien et mobilité de notre corps, protection de certains organes comme le cerveau ou les poumons, réserve de minéraux dont notre organisme a besoin, « bouclier » naturel de la moelle osseuse.

Pourquoi nous soucier de nos os ?

Chacun de nos os est constitué d'une partie centrale (os spongieux) qui contient des cellules et des éléments sanguins ; et d'une partie extérieure, qui est dure, dense et donc solide (os compact). Le principal composant minéral des os est le calcium. Lorsque l'on parle de « densité minérale osseuse », ou DMO, on se réfère forcément à la quantité de calcium présente dans la structure des os.

Au cours de la vie, une partie de la DMO disparaît (résorption) mais se reconstitue (remodelage) dans les proportions indispensables au bon état de notre squelette. À partir de la cinquantaine, la DMO disparaît plus vite qu'elle ne se reconstitue. Il s'agit d'un phénomène naturel. On parle alors d'ostéopénie, celle-ci ayant pour conséquence possible l'ostéoporose. L'ostéoporose - état pathologique des os qui perdent leur masse et leur structure - est donc fréquente chez les personnes de plus de 50 ans, et plus encore chez les femmes ménopausées que chez les hommes. Il vaut mieux la dépister le plus tôt possible car elle peut entraîner une fracture d'un ou de plusieurs os : col du fémur, vertèbres, poignets, etc. Voilà pourquoi les seniors vivant avec le VIH doivent se soucier de l'état de santé de leurs os.

Quels sont les facteurs de risque pour l'ostéoporose ?

D'abord l'âge, auquel s'ajoutent les antécédents de fracture du fémur chez le père ou la mère d'un individu, ou de fracture chez ce même individu ; le sexe féminin ; la prise de corticoïdes pendant plus de 6 mois, d'anticonvulsivants ou de certains tranquillisants ; un indice de masse corporelle (IMC) – le rapport entre votre taille et votre poids – trop faible, à un quelconque moment de la vie ; les maladies neurologiques ou musculaires ; une carence en hormones sexuelles - testostérone ou œstrogènes.

Les autres facteurs sont liés aux habitudes de vie, par exemple le manque d'activité physique, une alimentation faible en vitamine D* et en calcium, l'abus d'alcool et le tabagisme.

Si ces facteurs concernent la population générale, certains sont plus fréquents chez les PVVIH, y compris seniors : tabagisme, carence en vitamine D, absence d'activité physique.

Mais il existe des facteurs de risque spécifiques aux PVVIH :

- le VIH et l'inflammation qu'il induit ;
- un nadir de CD4 inférieur à 200/mm³ ou une maladie définissant le sida, actuelle ou ancienne ;
- les inhibiteurs de protéase ou certains inhibiteurs nucléosidiques ;
- la co-infection par le VHC.

Comment ces facteurs de risque sont-ils évalués ?

À partir des éléments contenus dans votre dossier médical, votre médecin peut évaluer vos risques et prescrire des examens s'il le juge utile. De plus, il tient compte de toute nouvelle information que vous lui apportez, au-delà des résultats de vos bilans, par exemple si vous avez arrêté de fumer ou si vous vous êtes mis à faire du sport. Votre médecin peut aussi vous prescrire un examen pour quantifier la vitamine D dans le sang.

Pourquoi mesurer la vitamine D ?

Fabriquée principalement dans la peau, sous l'action des rayons ultraviolets (soleil), la vitamine D « aide » l'intestin à absorber le calcium provenant de nos aliments, celui-ci se fixant ensuite sur les os pour les solidifier. Les insuffisances en vitamine D sont fréquentes chez les PVVIH à cause du VIH, de certains antirétroviraux, de certains facteurs communs à la population générale, telles une faible exposition au soleil ou une protection naturelle contre celui-ci par une peau foncée. Le résultat d'un dosage de vitamine D (sous sa forme « 25 OH-D ») doit être interprété avec prudence, en tenant compte de la couleur de la peau, du niveau d'exposition au soleil et de la saison durant laquelle le prélèvement a eu lieu.

Si l'insuffisance en vitamine D est confirmée (< 30 ng/mL), le médecin pourra prescrire une supplémentation et vérifier les taux d'autres minéraux et d'hormones.

Comment dépister l'ostéopénie et l'ostéoporose ?

L'ostéodensitométrie est l'examen de choix pour dépister l'ostéoporose ou ses signes avant-coureurs (ostéopénie). Elle mesure la densité osseuse au niveau du fémur et du rachis. Votre médecin vous la prescrira en tenant compte de votre histoire médicale, de vos facteurs de risque et de votre âge. Il s'agit d'un examen radiologique plus précis qu'une radiographie ordinaire – imagerie à double énergie ou DEXA – avec une irradiation bien plus faible.

Cet examen n'est pas douloureux et ne nécessite pas de préparation particulière. On vous allongera sur une table surmontée d'un appareil à imagerie. Pour la colonne vertébrale, vos jambes seront surélevées ; pour la hanche, celle-ci sera tournée vers l'intérieur. Vous devrez alors rester immobile pendant que l'appareil à imagerie vous « survole » lentement, comme une caméra mobile.

Comment interpréter les résultats de l'ostéodensitométrie ?

Ces résultats s'expriment en T ou Z-scores.

Le T-score reflète la densité osseuse, comparativement à celle d'un jeune adulte du même sexe que le vôtre, chez qui la densité osseuse est en principe maximale :

- supérieur à -1 : densité osseuse normale ;
- entre -1 et $-2,5$ chez les femmes ménopausées et les hommes de plus de 50 ans : ostéopénie ;
- inférieur $-2,5$: ostéoporose.

Le Z-score est plutôt utilisé pour les moins de 50 ans.

L'ostéodensitométrie n'est pas utile pour suivre l'efficacité du traitement de l'ostéoporose et de l'ostéopénie. Dans le cadre de votre suivi, elle ne vous sera pas prescrite une nouvelle fois avant au moins 3 ans.

Comment prévenir et traiter l'ostéoporose ?

Si une ostéopénie est détectée, il faut éviter son évolution vers l'ostéoporose. Les recettes sont pour la plupart assez simples, d'autres le sont moins : alimentation équilibrée, avec au moins 1 gramme de calcium – trois produits laitiers par jour et des légumes verts ; maintien d'un poids corporel normal ; supplémentation en vitamine D ; arrêt du tabac et des drogues ; réduction de la consommation d'alcool ; exercice physique pour « solliciter » les os, comme le jogging, la marche, la danse. Le soleil aussi est très utile : mains, bras, visage doivent y être exposés pendant environ une 30 minutes quotidiennement.

Si vous avez de l'ostéoporose, votre médecin peut prescrire des biphosphonates, des médicaments dont le rôle est de freiner la résorption des os.

D'une manière générale, toutes les mesures « hygiéno-diététiques » énoncées ci-dessus sont indispensables à la bonne santé des os, qu'ils soient fragilisés ou non.

Témoignage

« Depuis la découverte de sa séropositivité il y a plus de 10 ans et quelques problèmes immunitaires juste après, Paul pète la forme malgré ses 56 ans [rires]. Cela fait plusieurs années qu'il a plus de 600 CD4 et une charge virale indétectable. Il joue au tennis deux fois par semaine. Nous sortons beaucoup. Mais voilà, certaines choses ne se voient pas à l'œil nu [rires]. Récemment, nous avons appris que ses os n'allaient pas si bien que ça. De l'ostéoporose, révélée par une ostéodensitométrie, pas très prononcée, mais quand même...

Il est difficile de savoir précisément ce qui en est la cause. Les antiprotéases dans son traitement ? Les corticoïdes contre son asthme ? Cette fameuse inflammation due au VIH dont on entend parler de plus en plus fréquemment ? Son 'grand' âge ? Ou tous ces facteurs en même temps ? En tout cas, ce n'est pas le manque d'activité physique !

Toujours est-il que son médecin va modifier son traitement anti-VIH, et aussi celui de l'asthme. Il lui a prescrit de la vitamine D, et puis, nous n'avons jamais mangé autant de produits laitiers ! Quand je pense que je croyais que l'ostéoporose était la maladie de la femme ménopausée ! [rires] »

Anne, 55 ans

Notes & Questions

A large area for notes and questions, featuring horizontal dotted lines for writing. A pink decorative border is present on the left side, starting from the top left corner and curving down.



Comment va
votre
foie ?

Le foie est un
organe majeur qui
peut être soumis à rude
épreuve
dans certaines
circonstances.



Comment va votre foie ?

Le foie est un organe majeur qui peut être soumis à rude épreuve dans certaines circonstances. Il est donc important de le surveiller au long cours, particulièrement pour les personnes co-infectées VIH/VHC ou VIH/VHB.

Quelles sont les fonctions du foie ?

Le foie permet le passage des éléments nutritifs et des médicaments dans la circulation sanguine. Il stocke l'énergie et la libère selon nos besoins ; il filtre les déchets du sang et produit des éléments essentiels au bon fonctionnement de notre système immunitaire et à la coagulation du sang.

Pourquoi surveiller ces fonctions chez une PVVIH ?

Parce qu'elles sont vitales et parce que le VIH, les hépatites ou la syphilis, le vieillissement, l'origine ethnique autre qu'africaine, la consommation excessive d'alcool, la stéatose du foie peuvent les perturber fortement. Les antirétroviraux font eux aussi partie de ces facteurs de perturbation, les anomalies qu'ils peuvent provoquer survenant surtout dans les premières semaines.

Vous n'en êtes sans doute pas à votre tout premier traitement. Rappelez-vous cependant que cette information vaut pour tout nouveau médicament, par exemple lors d'une modification de votre traitement.

Quelles sont ces anomalies ?

Il s'agit principalement de l'augmentation de certaines enzymes du foie (transaminases, gamma-GT) et de la bilirubine, qui peut indiquer une destruction des cellules du foie ou une mauvaise élimination de la bile, respectivement. Si ces anomalies sont souvent causées par un médicament, elles peuvent aussi être associées à un syndrome métabolique*, c'est-à-dire un ensemble de signes comme le diabète, un cholestérol trop élevé, etc.

Comment va votre foie ?

Quels examens sont inclus dans mon bilan hépatique ?

Surveillé régulièrement par analyses de sang depuis le début de votre suivi et de votre premier traitement, le bilan hépatique consiste à mesurer au minimum les transaminases, les gamma-GT et la bilirubine. La mesure des phosphatases alcalines peut être ajoutée à ce bilan.

Selon les circonstances – durée de vie avec le VIH, les traitements, syndrome métabolique, augmentation du volume abdominal, transaminases élevées, etc. –, votre médecin pourra faire rechercher une stéatose avec une échographie abdominale ou une imagerie par résonance magnétique (IRM).

La stéatose est une accumulation de graisses dans les cellules hépatiques qui augmente le volume du foie. Elle entraîne parfois une inflammation et une fibrose pouvant évoluer en cirrhose. Elle est réversible grâce à des mesures d'hygiène de vie.

Qu'est-ce que la fibrose ?

Lorsqu'un organe (poumon, cœur, foie...) est inflammatoire, ses cellules sont détruites. Celles-ci ne se régénèrent pas forcément, se laissant facilement remplacer par des tissus fibreux et durs – ce qui rappelle la formation d'une cicatrice sur la peau. C'est cette accumulation de tissus fibreux que l'on appelle « fibrose ». Plus la fibrose s'aggrave, moins le fonctionnement de l'organe touché est bon.

L'évaluation de la fibrose hépatique permet de déterminer les mesures à prendre en cas de stéatose, d'hépatite, de cirrhose.

Pour rappel, les stades de la fibrose hépatique sont codifiés par la lettre F suivie d'un chiffre :

F0 : absence de fibrose ;

F1 : fibrose minime ;

F2 : fibrose modérée ;

F3 : fibrose sévère ;

F4 : cirrhose.

La cirrhose est donc le dernier stade de la fibrose ?

La cirrhose correspond à une atteinte des cellules du foie qui, même si elles se régénèrent, ne fonctionnent plus normalement. Elle est donc le plus souvent irréversible. On dit qu'elle est « compensée » si l'organisme utilise des mécanismes d'adaptation pour compenser son dysfonctionnement, et qu'elle est « décompensée » si ces mécanismes deviennent déficients.

Le suivi hépatique est-il plus important chez une personne co-infectée VIH/hépatites ?

Pour une personne co-infectée – VIH/VHB ou VIH/VHC – le suivi hépatique de base exige en effet d'être élargi aux examens biologiques énumérés ci-dessous. Précisons que cette liste ne peut être exhaustive puisqu'elle varie selon les circonstances : profil de la personne, type de virus, stade de fibrose, traitement en cours...

Albuminémie ; alpha-fœto protéine* ; bilan lipidique (cholestérol – HDL et LDL ; cholestérol total) et triglycérides (autre type de graisses dans le sang) ; bilirubine conjuguée et totale* ; numération formule sanguine (NFS) ; phosphatases alcalines* ; taux de prothrombine* ; glycémie ; antigènes, anticorps et charge virale de l'hépatite virale éventuelle présente ; test de HOMA (insulinémie et glycémie à jeun).

Selon les circonstances, il peut être nécessaire de procéder à des examens non biologiques complémentaires : par exemple, la recherche de varices dans l'œsophage en cas de suspicion de cirrhose chez une personne.

Consultez le glossaire à la fin de cette brochure pour y trouver la définition de la plupart de ces examens.

Comment va votre foie ?

Comment évalue-t-on le stade de la fibrose ?

Des méthodes non invasives sont utilisées en priorité : élastométrie impulsionnelle ou FibroScan® ; scores biochimiques – FibroTest®, FibroMètre® ou Hepascore - nécessitant des prélèvements sanguins. En pratique, c'est sur le FibroScan® et l'un de ces scores que repose l'évaluation de la fibrose hépatique, à condition que leurs résultats soient concordants. S'ils sont discordants, il faut envisager une biopsie du foie.

Qu'est-ce que la biopsie du foie ?

La biopsie hépatique consiste à prélever un fragment du foie à l'aide d'une aiguille très fine, à travers la peau et les graisses de l'abdomen, après une anesthésie locale, puis à l'analyser. La biopsie hépatique doit être pratiquée dans le cadre d'une hospitalisation, généralement ambulatoire, notamment parce qu'elle peut provoquer des hémorragies. En raison de la fiabilité des autres tests, son utilisation est de plus en plus réservée à des cas particuliers, tel celui décrit au paragraphe ci-dessus.

Le dépistage du cancer du foie est-il inclus dans le suivi hépatique ?

Pour certaines personnes, oui :

- personnes cirrhotiques ;
- personnes co-infectées par un VHB actif, se multipliant de manière importante, même sans cirrhose, à partir de 50 ans, et à tout âge pour celles qui sont originaires d'Asie et d'Afrique subsaharienne ;
- personnes ayant un antécédent familial de cancer du foie.

Le dépistage du cancer du foie est réalisé par une échographie abdominale (pour savoir la périodicité recommandée, rendez-vous aux pages 38-39), à laquelle le dosage de l'alpha-fœtoprotéine peut être associé. Si un nodule est détecté, l'échographie sera alors complétée par un scanner ou par une IRM du foie.

Témoignages

« Jusqu'ici, mon traitement contre mon hépatite B reste efficace. De plus, il a un côté 'pratique' en étant inclus dans mon traitement contre le VIH. Au début, cette simplicité de mes deux traitements me semblait normale, évidente. Mais dans les salles d'attente on croise beaucoup de monde. Et quand j'entends d'autres personnes raconter leurs difficultés avec leurs anciens traitements contre l'hépatite C, je me dis que j'ai beaucoup de chance. »

Séverine, 52 ans

« Bien que je sois considéré comme guéri du VHC, mon hépatologue me prescrit des examens une fois par an. Selon lui – et mon infectiologue dit la même chose – je suis plus exposé que d'autres au risque de cancer du foie. J'ai eu une cirrhose, c'est pour ça, bien qu'elle ait régressé. Je leur fais confiance. Après tout, ils m'ont tiré d'un mauvais pas, même si j'en ai bavé avec les effets secondaires, même si j'ai souvent douté que je pouvais guérir. Tiens, je viens de raconter tout cela à Séverine, elle n'en revenait pas. Je suis content de savoir que les traitements ont bien changé aujourd'hui, avec moins d'effets secondaires que les tout premiers. »

Bernard, 57 ans

Notes & Questions

A large area for notes and questions, featuring a pink decorative line on the left side and horizontal dotted lines for writing.



N'oubliez pas
la vaccination

Contrairement
aux idées
reçues,
les vaccins sont encore
efficaces
lorsque l'on est
senior.



N'oubliez pas la vaccination

Contrairement aux idées reçues, les vaccins sont encore efficaces à notre âge. Soyons donc seniors et vaccinés !

Contre quelles maladies dois-je être vacciné ?

Les vaccins contre les hépatites A et B, le pneumocoque et la grippe saisonnière vous sont fortement recommandés. Pensez aussi au tétanos, à la coqueluche, à la poliomyélite, à la diphtérie.

L'efficacité est-elle la même que chez les personnes séronégatives ?

Certains vaccins nécessitent d'être « renforcés » chez les PVVIH. Votre médecin choisira le schéma vaccinal adapté à votre situation.

Ces vaccinations compliqueront-elles mon parcours de soins ?

Il est possible de se faire vacciner lors d'une consultation de routine, soit par votre médecin si vous êtes suivi en ville, soit par une infirmière à l'hôpital. Pensez-y en prenant vos rendez-vous. Ensuite, les rappels ne se feront pas avant plusieurs années (seule la vaccination contre la grippe saisonnière se fait tous les ans).

Certains vaccins me sont-ils contre-indiqués ?

En principe, les PVVIH ne devraient pas recevoir de vaccins dits « vivants » en raison du risque de maladie infectieuse vaccinale. Mais les vaccins prescrits par votre médecin existent sous une forme « atténuée ». Les vaccins vivants atténués sont contre-indiqués chez l'adulte ayant un taux de CD4 inférieur à 200 mm³. Cependant, dans ce contexte, leur administration peut se discuter au cas par cas, par exemple lorsque la charge virale est contrôlée.

Le seul vaccin totalement contre-indiqué pour les PVVIH est le BCG !

N'oubliez pas la vaccination

Les schémas vaccinaux principaux

D'une manière générale, il vaut mieux avoir une charge virale contrôlée avant de recevoir un vaccin. Vous pouvez obtenir un carnet de vaccinations auprès de votre médecin. Tenez-le à jour ! Un retard dans le calendrier vaccinal n'implique pas obligatoirement de tout recommencer depuis le début. Demandez conseil à votre médecin pour vos rappels.

Vaccins	Schéma vaccinal	Commentaires
Virus de l'hépatite A (VHA)	1 ^{re} dose --- 2 ^e dose entre 6 mois et 5 ans, après la 1 ^{re} injection --- 3 ^e dose éventuelle, selon le taux d'anticorps obtenu après la 2 ^{ème} dose	<u>Pour</u> : PVVIH co-infectées par le VHB et/ ou le VHC ; ayant une maladie chronique du foie ; consommant des drogues injectables ; se rendant dans des pays où le VHA est endémique ; hommes ayant des rapports avec des hommes
Virus de l'hépatite B (VHB)	1 ^{re} dose --- 2 ^e dose 1 mois plus tard --- 3 ^e dose 1 mois plus tard --- 4 ^e dose 6 mois plus tard	<u>Pour</u> : ce schéma renforcé cible en particulier les PVVIH ayant des facteurs de mauvaise réponse vaccinale (hommes ; âge > 40 ans ; fumeurs ; charge virale détectable)
Grippe saisonnière (automne-hiver)	1 dose par an (vaccin modifié tous les ans)	<u>Pour</u> : toutes les PVVIH
Infections pulmonaires à pneumocoque	1 ^{re} dose (vaccin conjugué 13-valent) --- 2 ^e dose (vaccin polyosidique 23-valent) au moins 2 mois plus tard	<u>Pour</u> : toutes PVVIH

Vaccins	Schéma vaccinal	Commentaires
Diphtérie, tétanos, poliomyélite +/- coqueluche	1 ^{ère} dose --- 1 dose mensuelle pendant 4 mois --- Rappel tous les 10 ans	<u>Pour</u> : toutes PVVIH

Témoignage

« On était au printemps. Je me suis mise à tousser de manière très bizarre. Ça n'arrêtait pas ! J'avais l'impression d'étouffer et du mal à reprendre mon souffle entre les quintes de toux. Mon médecin a d'abord pensé à une allergie au pollen, contre laquelle il m'a prescrit un traitement. Enfin... ce qu'il croyait être efficace. Constatant que mes symptômes s'aggravaient, je suis retournée le voir. C'est alors qu'il a diagnostiqué une coqueluche. J'étais consternée. Pour moi, quand on avait fait ses rappels jusqu'à la trentaine ou la quarantaine, on était immunisé à vie. Maintenant, je conseille à tous mes amis, tous mes proches, de vérifier s'ils sont à jour de leurs vaccins »

Agnès, 53 ans

Notes & Questions

A large area for notes and questions, featuring horizontal dotted lines for writing. A pink decorative border is present on the left side, starting from the top left and curving down.



Tabac :
ne laissez pas votre
santé partir
en fumée !

L'arrêt du tabac
est

Particulièrement
bénéfique pour les

Personnes
vivant avec le VIH.



Tabac : ne laissez pas votre santé partir en fumée

Si l'arrêt du tabac est bénéfique pour la santé de tous, il l'est encore plus pour les personnes atteintes par le VIH. Si vous êtes quinquagénaire, séropositif et fumeur, cesser de fumer devrait être une priorité.

Tabac : ne laissez pas votre santé partir en fumée

Le tabac expose aux maladies cardio-vasculaires : fumer est l'un des principaux facteurs de risque d'infarctus. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'artérite des membres inférieurs, l'hypertension artérielle sont liés, en partie, à la fumée du tabac.

La bronchite chronique, qui peut évoluer vers l'insuffisance respiratoire, est essentiellement due au tabagisme.

À cette liste alarmante viennent s'ajouter d'autres effets néfastes du tabac, moins graves mais que l'on éviterait bien volontiers. Le tabagisme peut en effet favoriser brûlures d'estomac et ulcères, infections à répétition du nez, de la gorge et des oreilles, parodontite (une maladie des gencives qui provoque le déchaussement et à terme la perte des dents), troubles de l'érection, vieillissement accéléré de la peau, altération du goût et de l'odorat...

Le tabac, encore plus nocif chez les personnes atteintes par le VIH

Une étude récente s'est intéressée à l'impact du tabagisme sur l'activation immunitaire chez les personnes infectées par le VIH. Elle a montré que le tabac augmente le phénomène inflammatoire et que les marqueurs de l'épuisement du système immunitaire augmentent chez les fumeurs, comparativement aux non-fumeurs.

Une autre étude souligne l'importance de l'arrêt du tabac chez les personnes atteintes par le VIH. Les chercheurs ont en effet démontré que, parmi les personnes séropositives bien prises en charge par les antirétroviraux, celles qui fument perdent davantage d'années de vie à cause du tabac que du VIH.

Tabac : ne laissez pas votre santé partir en fumée

Dans cette étude, le risque de mortalité attribuable au tabagisme était doublé chez les séropositifs en comparaison avec la population générale. Les auteurs ont calculé que le nombre d'années de vie perdues lié au tabagisme associé au VIH était de 12,3 ans alors qu'il est de 5,1 ans pour la seule infection au VIH.

Il y a encore quelques années, les séropositifs fumeurs pouvaient estimer que, comme leur espérance de vie était courte, cela ne valait pas la peine d'arrêter. Mais la donne a changé. Aujourd'hui, alors que l'espérance de vie des personnes atteintes par le VIH se rapproche de celle de la population générale, il est essentiel d'envisager l'arrêt du tabac comme une chance supplémentaire de vivre longtemps en bonne santé. Les années de vie gagnées grâce aux progrès des traitements ne doivent pas s'envoler en fumée.

Certes, arrêter de fumer est difficile, mais avec les différentes méthodes d'aide au sevrage disponibles, ce pari peut être réussi.

Positiver l'arrêt !

La décision d'arrêter de fumer s'accompagne souvent d'inquiétude et de nombreuses interrogations. Le futur ex-fumeur se focalise d'abord sur ce qu'il risque de perdre, pas sur ce qu'il va gagner. Alors pour vous motiver, voici quelques-uns des multiples bénéfices qu'entraîne l'arrêt du tabac. Certains apparaissent très rapidement.

- 20 minutes après la dernière cigarette, la pression artérielle et le rythme cardiaque se normalisent.
- Au bout de 24 heures, le monoxyde de carbone est éliminé du sang : le risque d'infarctus diminue déjà.
- 2 à 3 jours après l'arrêt, on retrouve l'odorat et on redécouvre le véritable goût des aliments ; la qualité du sommeil s'améliore.
- 2 semaines à 3 mois après la dernière cigarette, la toux, la fatigue et l'essoufflement diminuent ; on retrouve de l'énergie.
- Au bout d'1 an, le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) est équivalent à celui d'un non-fumeur.

- Après 5 ans, le risque de cancer du poumon est divisé quasiment par 2 et le risque d'infarctus redevient équivalent à celui d'une personne n'ayant jamais fumé.

Au-delà des bienfaits sur la santé et du mieux-être physique, l'arrêt du tabac apporte une gratification psychologique : l'ex-fumeur est, à juste titre, fier d'avoir réussi à « décrocher ». Il savoure surtout une liberté retrouvée : fini les virées à minuit à la recherche d'un bureau de tabac ouvert, les cigarettes grillées à la va-vite sur le trottoir et sous la pluie, les soirées entre amis passées en partie seul sur le balcon à fumer...

Enfin, l'économie financière est importante. En 2014, fumer un paquet de cigarettes par jour coûte environ 2 500 € par an. De quoi s'offrir un beau cadeau ou vivre plus confortablement au quotidien.

Notes & Questions

A large area for notes and questions, featuring horizontal dotted lines for writing. A pink decorative border is present on the left side, starting from the top left corner and curving down.



Quelques **conseils**



Quelques conseils

La durée de vie des personnes infectées par le VIH s'est nettement allongée ces dernières années. Cela est dû à une meilleure prise en charge de l'infection à VIH. Il serait vraiment dommage de ne pas pouvoir profiter pleinement de ces avancées à cause de complications contre lesquelles vous pouvez agir, à différents niveaux. Comme nous l'avons vu, les seniors vivant avec le VIH ne sont pas tous logés à la même enseigne. Les conseils que nous vous donnons ci-dessous sont donc à moduler en fonction de votre cas personnel.

1 - Prévenir est mieux que guérir, aussi réfléchissez dès maintenant aux changements que vous pourriez apporter dans votre mode de vie pour diminuer autant que possible les risques de complications. Plus facile à dire qu'à faire ? Oui, certainement. Mais cela vaut vraiment le coup d'y penser et de faire l'effort de ces changements qui sont utiles, même après la cinquantaine (par exemple, l'arrêt du tabac).

2 - Continuez vos efforts pour contrôler votre infection au VIH, notamment grâce au traitement antirétroviral. Cela peut vous apparaître comme une palissade, mais on sait qu'avec les années qui passent une lassitude peut s'installer. Avec, parfois, la tentation de lâcher prise et d'être moins rigoureux, voire d'interrompre son traitement et son suivi médical. Si tel était le cas, ne vous isolez pas et exprimez cette lassitude auprès de votre médecin ou de tout autre professionnel de santé ou associatif avec lesquels vous êtes en contact. Ayez en tête que les bénéfices de votre traitement antirétroviral sont largement supérieurs aux inconvénients qui peuvent accompagner la prise de ce traitement. Aussi n'interrompez pas votre traitement de votre propre initiative et si celui-ci ne vous convient plus, alors parlez-en avec votre médecin.

3 - N'hésitez pas à solliciter votre médecin pour évaluer avec lui vos facteurs de risque concernant les différents types de complications décrites précédemment (cardio-vasculaire, diabète, osseux, etc.). Il pourra d'ailleurs vous prescrire un bilan de synthèse permettant de faire une exploration large de ces risques de complications, en plus des bilans de routine que vous faites à intervalles réguliers.

Quelques conseils

4- Agissez et prévenez l'apparition de certaines complications en limitant les facteurs de risque sur lesquels vous pouvez intervenir. Plusieurs actions sont possibles :

- arrêtez le tabac dont les effets délétères ne sont plus à démontrer. Évitez la consommation excessive d'alcool ;
- efforcez-vous d'avoir une alimentation équilibrée et variée qui amoindrit le risque de troubles lipidiques (cholestérol et triglycérides élevés) et/ou le risque d'apparition d'un diabète type 2. Faites-vous aider par une diététicienne ou un médecin nutritionniste pour mieux contrôler vos apports alimentaires car il n'est pas évident d'avoir les bons repères et l'on peut avoir de mauvaises habitudes alimentaires sans le savoir ;
- pratiquez une activité physique, adaptée à votre état de forme et à votre histoire médicale. Demandez conseil à votre médecin sur le type d'exercice que vous pouvez faire. Avant de démarrer une activité physique, vérifiez qu'elle n'est pas incompatible avec votre état de santé. Surtout rappelez-vous qu'une activité physique adaptée est bénéfique en prévention de certaines complications (notamment cardio-vasculaires, diabète...) mais est également recommandée si vous souffrez déjà de l'une de ces complications. Par ailleurs, l'activité physique permet aussi de retrouver un sommeil de meilleure qualité, un regain d'énergie et de l'endurance ;
- ne sous-estimez pas l'importance de votre bien-être psychologique et notamment le fait que vous puissiez souffrir d'une dépression. Vivre avec le VIH est psychologiquement compliqué. Vieillir avec le VIH peut représenter une difficulté supplémentaire, surtout lorsque l'on sait que, dans la population générale, les symptômes dépressifs sont plus fréquents après un certain âge. Il est donc important de consulter pour traiter ces troubles afin qu'ils ne s'installent pas durablement, et afin que vous puissiez rester acteur de votre suivi médical.

5- Pour ceux qui cumulent déjà une ou deux (voire plus) autres pathologies chroniques en plus du VIH, les conseils ci-dessus sont valables mais avec en plus la nécessité de coordonner le suivi de ces différentes pathologies. En pratique, nous vous conseillons :

- de vous constituer un dossier médical personnel avec les photocopies de vos différents bilans, photocopies de vos ordonnances, des fiches de rendez-vous pour consultations ou examens. Associé à ce dossier, tenez un agenda général afin de ne pas vous laisser surprendre. Les délais d'attente pour certaines consultations spécialisées peuvent être parfois longs, aussi il est important d'anticiper et de ne pas manquer un rendez-vous prévu de longue date ;
- d'aller à vos différentes consultations avec les derniers bilans et les dernières ordonnances concernant chacune des pathologies. Cela permettra aux différents médecins qui vous suivent de savoir quels examens et traitements ont été prescrits par leurs confrères. Votre médecin traitant aura un rôle prépondérant pour la coordination de votre parcours de soins. Nous vous conseillons de définir avec lui la meilleure organisation possible pour que l'information circule entre les différents professionnels de santé qui s'occupent de vous ;
- soyez vigilant quant aux interactions médicamenteuses. Prendre plusieurs traitements en même temps n'est pas anodin. Aussi, avant de prendre un médicament en plus de ceux qui vous ont été prescrits, vérifiez bien qu'il n'y a pas de risque d'interaction dangereuse avec votre traitement habituel. N'hésitez pas à vous adresser à un pharmacien et/ou à votre médecin pour faire cette vérification ;

Lorsque les contraintes induites par les nécessités du suivi médical s'alourdissent, on peut être en proie à un découragement, à une lassitude, et au sentiment d'être submergé par le nombre de choses à faire pour « garder le contrôle ». L'éducation thérapeutique peut vous aider à acquérir un savoir et un savoir-faire qui vous permettront au quotidien de mieux faire face à ces contraintes. N'hésitez pas à vous renseigner pour savoir où et quand vous pouvez bénéficier de séances d'éducation thérapeutique, soit à l'hôpital soit en association ou bien encore en centre médical. Les possibilités sont de plus en plus nombreuses et vous trouverez certainement la solution qui vous conviendra.

Notes & Questions

A large area for notes and questions, featuring a pink decorative line on the left side and horizontal dotted lines for writing.



Glossaire



Glossaire...

Alpha-fœto protéine : cette protéine augmente en réaction à toute maladie du foie (cancer, cirrhose, hépatite alcoolique ou virale).

Bilirubine : pigment jaune rougeâtre qui provient de la vésicule biliaire et résulte de la dégradation des globules rouges. Son accumulation anormale provoque un ictère (jaunisse). Elle ne peut être éliminée par les reins et, à ce stade, s'appelle bilirubine libre ou non conjuguée. Elle doit alors être transformée par une enzyme du foie pour être éliminée de l'organisme dans la bile : c'est la bilirubine conjuguée. On parle de bilirubine totale pour l'addition de ces deux formes, libre et conjuguée.

Colposcopie : examen gynécologique effectué grâce à une loupe et à des produits réactifs précis (acide acétique et iode).

Condylomes : verrues (excroissances) situées au niveau de l'anus et/ou des organes génitaux. Elles sont dues à l'infection par certains papillomavirus.

Conisation : intervention qui consiste à enlever chirurgicalement une partie du col de l'utérus.

Cytokines : substances fabriquées par certaines cellules du système immunitaire (lymphocytes et macrophages), agissant sur d'autres cellules immunitaires pour en réguler l'activité. Les cytokines interviennent dans nombreuses réactions immunitaires et inflammatoires, et sont également impliquées dans la croissance et la maturation des cellules sanguines. Les plus connues sont les interleukines (IL), les interférons (IFN), les facteurs de nécrose des tumeurs (TNF), les facteurs de croissance et les chimiokines.

Cytomégalo virus (CMV) : virus de la famille des herpès-virus (nombreux virus, dont l'herpès simplex, le virus de la varicelle et du zona, le virus d'Epstein-Barr) pouvant entraîner une maladie opportuniste grave chez les personnes immuno-déprimées.

Fonctions cognitives : capacités de notre cerveau qui nous permettent de communiquer, de percevoir notre environnement, de nous concentrer, de nous rappeler un événement, d'accumuler des connaissances. La perception, l'analyse visuelle spatiale, la mémoire, le langage, la pensée, l'attention, le raisonnement, la capacité à coordonner les mouvements, etc., sont des fonctions cognitives. Les fonctions cognitives peuvent être altérées par des maladies, parmi lesquelles le VIH.

EPO (érythropoïétine) : hormone responsable de la prolifération des globules rouges.

Frottis (vaginal, cervical ou anal) : prélèvement de cellules du vagin, du col de l'utérus ou de l'anus (sur les muqueuses) pour pouvoir les analyser.

Hormone stéroïdienne : hormone produite par les organes génitaux (ovaires et testicules). Elles peuvent exister sous une forme synthétisée, c'est-à-dire en tant que médicaments. La pilule progestative en est un bon exemple, son action se rapprochant de la progestérone, une hormone stéroïdienne.

Interleukine-6 (IL-6) : l'interleukine-6 (IL-6) est une cytokine. Durant la phase aiguë d'une infection, des quantités relativement importantes d'IL-6 sont produites et font équipe avec d'autres cytokines pour activer le système immunitaire. Ce type de réponse est très utile contre les infections aiguës. Mais la production prolongée de quantités élevées d'IL-6 peut affaiblir le système immunitaire à long terme (maladies chroniques) : mort prématurée des cellules immunitaires, vulnérabilité du foie aux dommages causés et augmentation des risques de maladies cardiovasculaires.

Lymphome : les lymphomes sont des maladies du système lymphoïde se caractérisant par une prolifération anormale des lymphocytes et leur accumulation dans les ganglions lymphatiques (au niveau du cou, des aisselles, de l'aîne) empêche au système immunitaire de combattre efficacement les infections. Il existe plusieurs types de lymphomes : la maladie de Hodgkin, les lymphomes non hodgkiniens (LNH)...

Mycobacterium avium (MAC) : bactérie très présente dans l'environnement que l'on peut retrouver dans le sol, les aliments, la poussière et l'eau. Elle pénètre dans l'organisme par voie aérienne (inhalation) ou par voie bucco-orale (ingestion). Cette bactérie fait partie des infections dites « opportunistes » qui peuvent se manifester chez les personnes vivant avec le VIH et fortement immunodéprimées.

Nadir : point le plus bas jamais atteint (en astronomie, le nadir est à l'opposé du zénith).

Papillomavirus Humain (HPV) : virus se transmettant par voie sexuelle (risque plus élevé de cancers du col de l'utérus, du vagin, de la vulve, du pénis et de la région anale). L'exposition aux papillomavirus est très fréquente : à l'âge de 50 ans, plus de 8 femmes sur 10 auront été infectées. Les hommes sont concernés dans des proportions équivalentes.

Glossaire...

Phosphatases alcalines : enzymes présentes dans les os et le foie, dont l'augmentation peut révéler une maladie de ces organes.

Prébiotiques : substances qui résistent à la digestion et ont un effet physiologique bénéfique sur les personnes qui les ingèrent, en stimulant de manière sélective la croissance favorable ou l'activité d'un nombre limité de bactéries adaptées à l'environnement intestinal.

Probiotiques : micro-organismes vivants qui, lorsqu'ils sont administrés en quantité suffisante, ont des effets bénéfiques sur la santé des personnes qui les ingèrent.

Protéines : macromolécules organiques complexes qui contiennent du carbone, de l'hydrogène, de l'oxygène, du nitrogène et du soufre et sont composées d'une ou de plusieurs chaînes d'acides aminés. Les protéines sont des composants fondamentaux de toutes les cellules vivantes et comprennent de nombreuses substances comme les enzymes, les hormones et les anticorps, toutes nécessaires au bon fonctionnement de notre organisme.

Sarcome de Kaposi : tumeur cutanée, liée à l'infection par l'herpès-virus humain 8 (HHV-8). Il est inclus dans la définition du sida (il est donc un cancer « déclarant » le sida). Il existe sous des formes indépendantes du VIH, mais c'est surtout chez les individus co-infectés par le VIH et l'HHV8 qu'il se développe.

Sida : syndrome d'immunodéficience acquise, c'est-à-dire un ensemble de maladies consécutives à la destruction du système immunitaire par le VIH, appelées « maladies opportunistes » (infections et cancers).

Syndrome métabolique : ensemble de troubles, souvent modérés, du métabolisme des graisses par l'organisme, associés à un surpoids. Ces troubles agissent en synergie et peuvent provoquer un diabète de type 2 et entraîner de l'athérosclérose.

Système lymphoïde : ensemble des cellules, des organes (moelle osseuse, thymus, rate, ganglions lymphatiques, etc.) assurant la défense immunitaire de l'organisme.

Taux de prothrombine (ou temps de Quick) : mesure de la vitesse de coagulation du sang dans certaines conditions qui permet d'évaluer l'état du foie, puisque les protéines de la coagulation sont synthétisées dans celui-ci.

Vitamine D : la vitamine D naturelle, ou cholécalciférol (vitamine D3), est une hormone « ultraviolet-dépendante ». Elle est transformée par le foie en « 25 OH-D », forme circulante très importante mais ne possédant qu'une activité biologique faible. Ensuite, elle subit une deuxième transformation par les reins, qui facilite l'absorption intestinale du calcium et la mobilisation du calcium osseux ; et au niveau rénal, stimule la réabsorption du calcium et du phosphore par les os.

Bibliographie complémentaire

Morlat Philippe (dir.), *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH - rapport 2013 - Recommandations du groupe d'experts*, La Documentation française, 2013



Infos pratiques



Infos pratiques



Nos outils pratiques

Infocartes, réglattes, affiches, brochures sont à commander sur :

www.actions-traitements.org/commande



Ligne d'écoute

01 43 67 00 00, du lundi au vendredi de 15h à 18h



Le site Internet institutionnel

www.actions-traitements.org



Programme de coaching thérapeutique du patient, incluant des entretiens individualisés

sur RDV au 01 43 67 66 00

Réunions mensuelles d'information

sur la vie avec le VIH et les traitements



Service SMS d'aide à l'observance des traitements

<https://www.at-coach.fr>



Actions Traitements a besoin de vous !

Nous recherchons des bénévoles. Si vous souhaitez rejoindre notre équipe, n'hésitez pas à nous contacter au 01 43 67 66 00.

Directeur de publication

Arnaud Carrère, Actions Traitements

Directeur éditorial

Jean-Pierre Fournier, Actions Traitements

Rédacteur en chef

Alain Volny-Anne, Actions Traitements

Comité de rédaction

Didier Arthaud, Basiliade

Gilles Prel, Actions Traitements

Arnaud Carrère, Actions Traitements

Jean-Pierre Fournier, Actions Traitements

Alain Volny-Anne, Actions Traitements

Rédaction

Marianne Bernède, rédactrice indépendante

Alain Volny Anne, Actions Traitements

Merci à toutes les personnes vivant avec le VIH dont l'expérience a en grande partie déterminé le contenu de cette brochure .

Jean-Christophe, Caroline, Francis, Fabio, Maria, Blanche, Antoine, Henri, Julien, Bernard, Nicole, Christelle, Michel et Marie.

Merci à nos relecteurs scientifiques

Pr Frank Boccara, Service de cardiologie, hôpital Saint-Antoine

Dr Manuela Bonmarchand, Service de médecine interne, hôpital de la Pitié-Salpêtrière et Actions Traitements

Pr Jacqueline Capeau, Université Pierre-et-Marie-Curie, Inserm

Pr Dominique Costagliola, Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique, Université Pierre-et-Marie-Curie, Inserm

Dr Véronique Favre-Félix, Centre de santé sexuelle « Le 190 »

Dr Karine Lacombe, Service des maladies infectieuses, hôpital Saint-Antoine

Dr Anne Simon, Service de médecine interne, hôpital de la Pitié-Salpêtrière

Pr Jean-Philippe Spano, hôpital de la Pitié-Salpêtrière - hôpital Charles-Foix

Réalisation maquette

Delphine De la Barre, maquettiste

Nicolas Gateau, Actions Traitements

Autres contributions

Catherine Schram, correctrice

Vivre avec le VIH après 50 ans

www.actions-traitements.org