

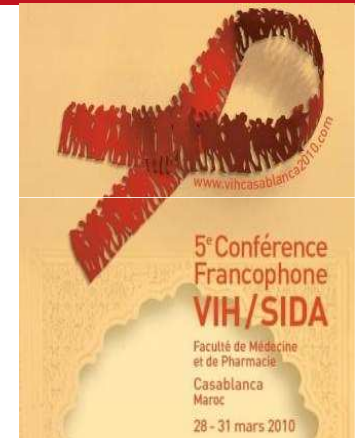
Charge virale en routine dans un pays à ressources limitées

le cas du Niger

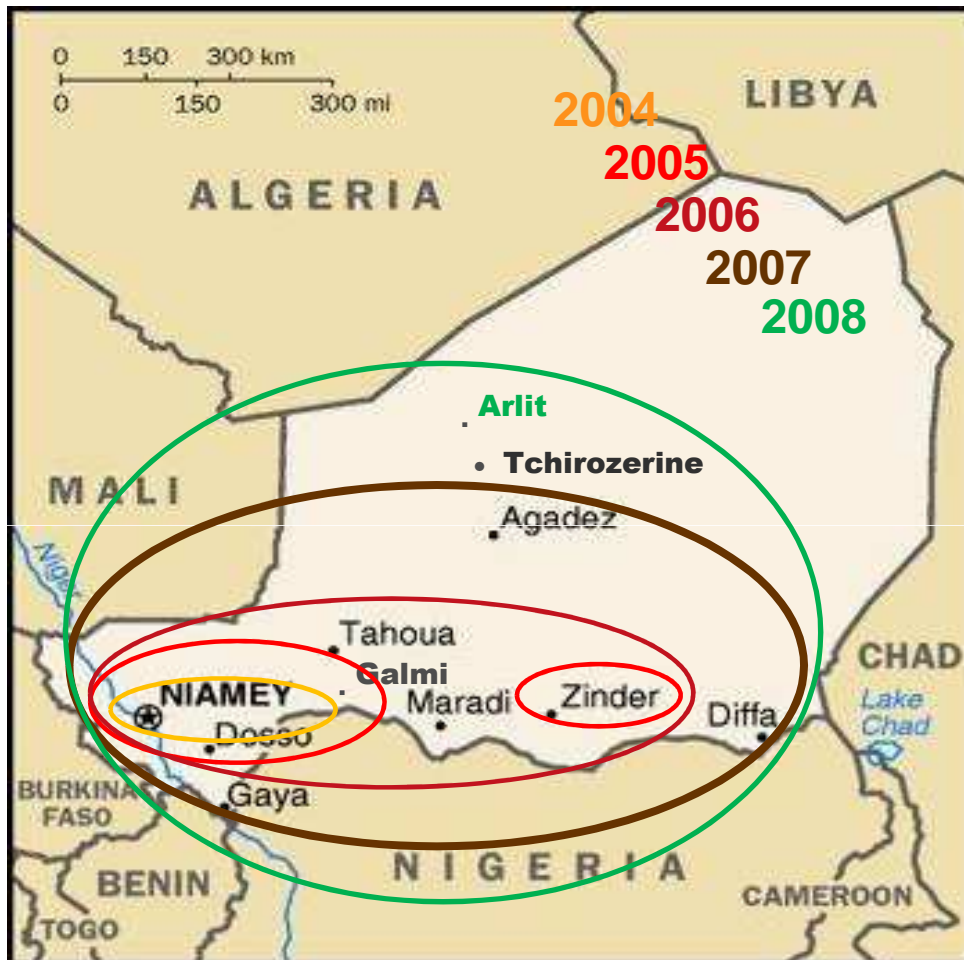
H. Yahayé, S. Mamadou, I. Aboubacar,
R. Ali Maazou, I. Dillé, C. Dézé, S. Diallo,
F. Huber, M. Amadou, F. Maïga

Directeur du Centre de Traitement Ambulatoire de
Niamey, Niger

Vème Conférence Francophone
Casablanca, 30 mars 2010



Contexte: L'infection VIH au Niger



- **Séroprévalence** : 0,8% (15-49 ans)
- Paquet de gratuité: consultations, ARV, suivi biologique
- 15 centres prescripteurs: 6 en capitale, 9 en régions
- Disponibilité de thérapeutiques de première et deuxième ligne
- Un laboratoire national de référence pour les IST/VIH/Sida
- Un cadre national de gestion des données

La file active de patients sous ARV au Niger

~ **5 700** patients sous ARV,
dont 95 **(2%) en deuxième ligne**

~ **250** enfants suivis sous traitement,
dont 15 **(6%) en deuxième ligne**

Faible taux de patients en 2^{ème} ligne un constant partagé en Afrique sub-saharienne

Diagnosis and management of antiretroviral-therapy failure in resource-limited settings in sub-Saharan Africa: challenges and perspectives

*Anthony D Harries, Rony Zachariah, Joep J van Oosterhout, Steven D Reid, Mina C Hosseinipour, Vic Arendt, Zengani Chirwa, Andreas Jahn,
Erik J Schouten, Kelita Kamoto*

Lancet Infect Dis 2010; 10: 60-65

« Moins de 3% des patients reçoivent des traitements de seconde ligne, alors que 12 à 25% des patients ont des charges virales détectables à 12 mois ou plus de traitement »

Le faible accès à la CV pourrait limiter le passage en seconde ligne

Les arguments en faveur de la charge virale dans les pays à ressources limitées

1. La détection précoce des échecs virologiques réduit l'apparition de résistances, et limite ainsi le coût des traitements à long terme

Virological monitoring and resistance to first-line highly active antiretroviral therapy in adults infected with HIV-1 treated under WHO guidelines: a systematic review and meta-analysis

Ravindra K Gupta, Andrew Hill, Anthony W Sawyer, Alessandro Cozzi-Lepri, Viktor von Wyl, Sabine Yerly, Viviane Dias Lima, Huldrych F Günthard, Charles Gilks, Deenan Pillay

*Lancet Infect Dis 2009;
9: 409-17*

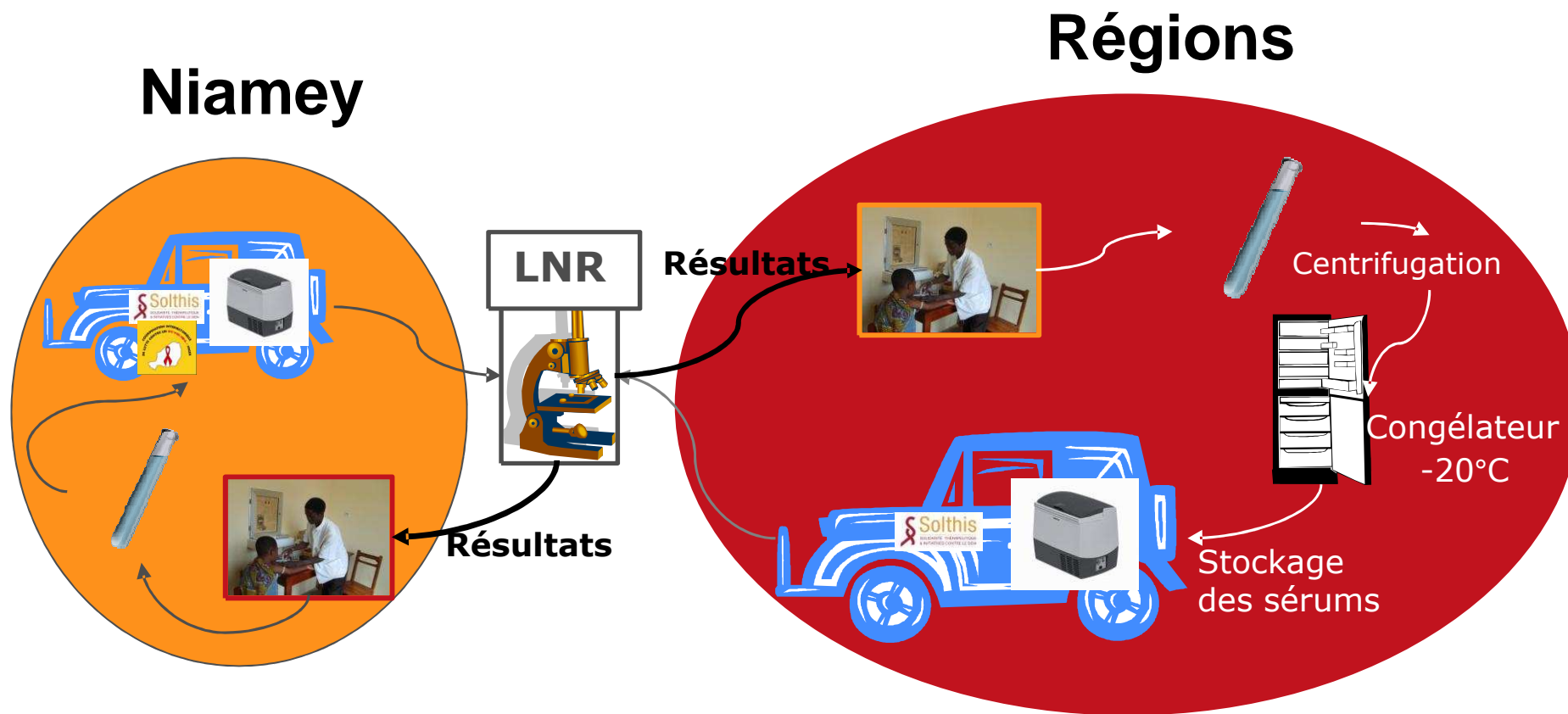
2. L'utilisation de la charge virale permet un passage raisonné en deuxième ligne, limitant à court terme la prescription de molécules coûteuses

Mise en place de la CV en routine au Niger

- **LNR de Niamey**
 - Equipement (plate-forme Roche CAP/CTM)
 - Formation de techniciens
 - Partenariat avec le Laboratoire de Virologie de la Pitié Salpêtrière (Paris)
- **Approvisionnement en réactifs et consommables**
- **Financement Fonds Mondial**

→ Accès large et décentralisé à la charge virale pour les patients sous TARV
→ Accès à la PCR ADN pour le suivi des enfants exposés

Mise en place d'un circuit de prélèvement à l'échelle du pays



Analyse rétrospective des résultats de CV au Niger (2007-2009)

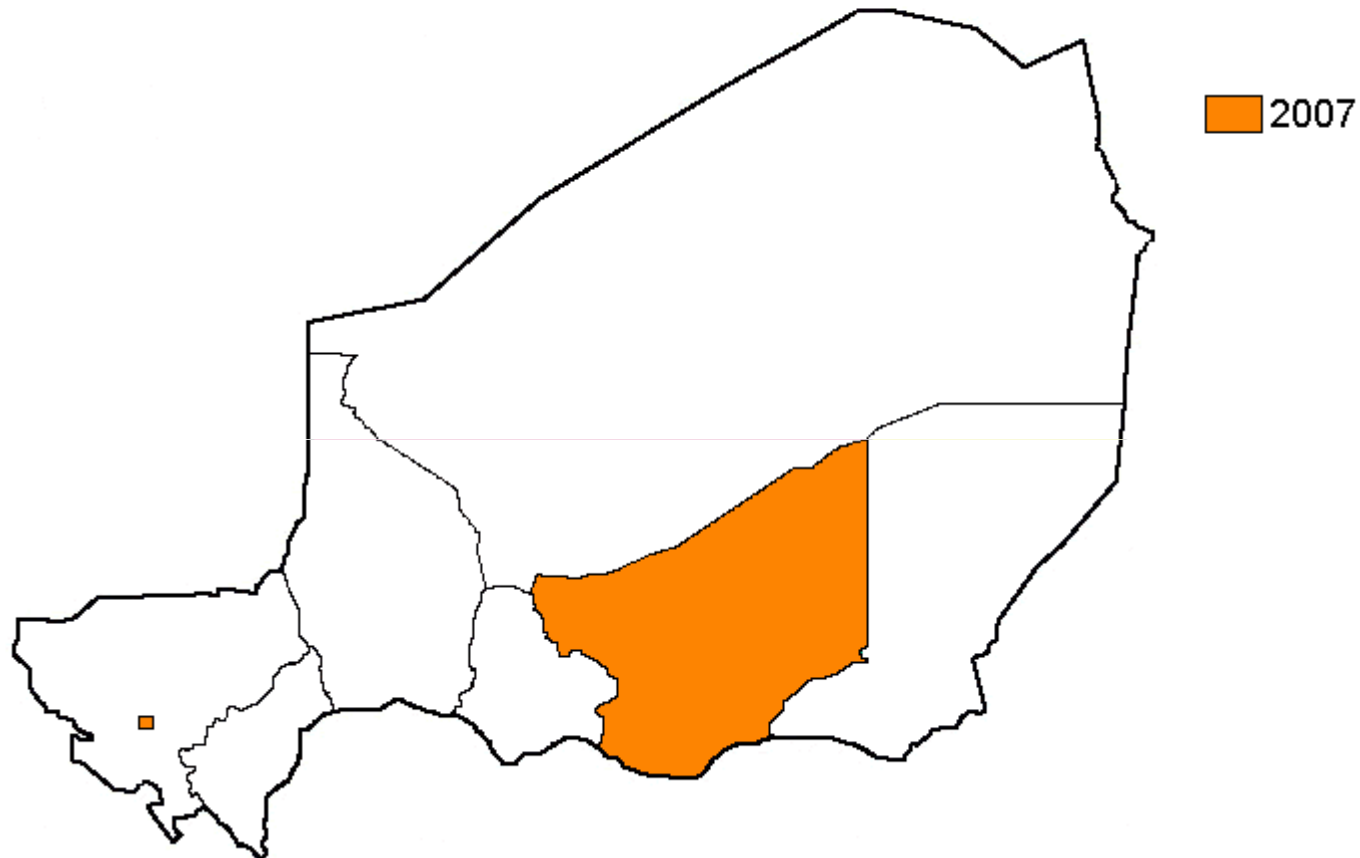
Objectifs

1. Evaluer l'accès à la charge virale
2. Evaluer le circuit d'acheminement
3. Evaluer les résultats virologiques

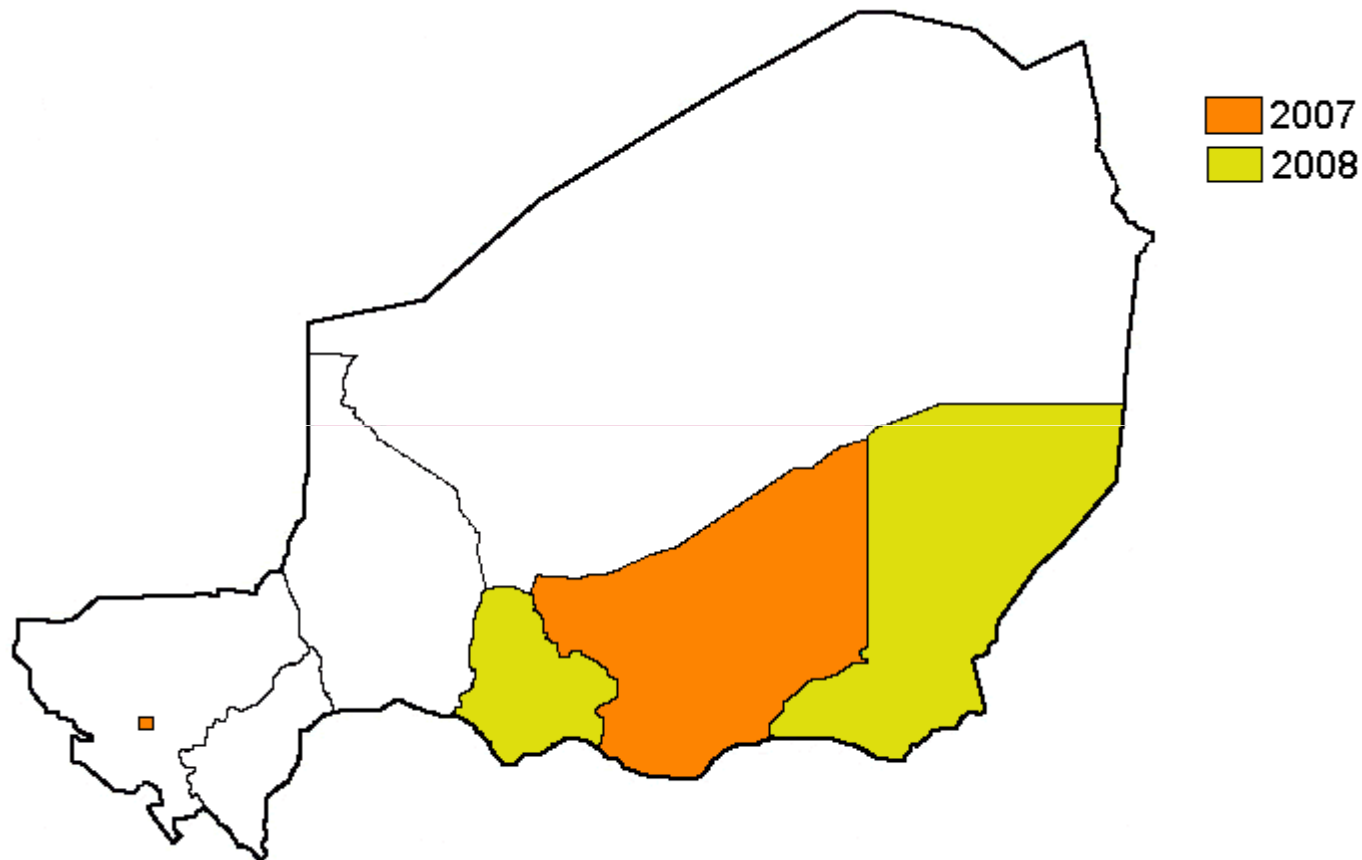
Accès à la charge virale par site prescripteur

	2007	2008	2009
Nombre de centres prescripteurs ouverts	11	13	15
Nombre de sites ayant envoyé des charges virales	4	8	13
Pourcentage	36%	62%	87%

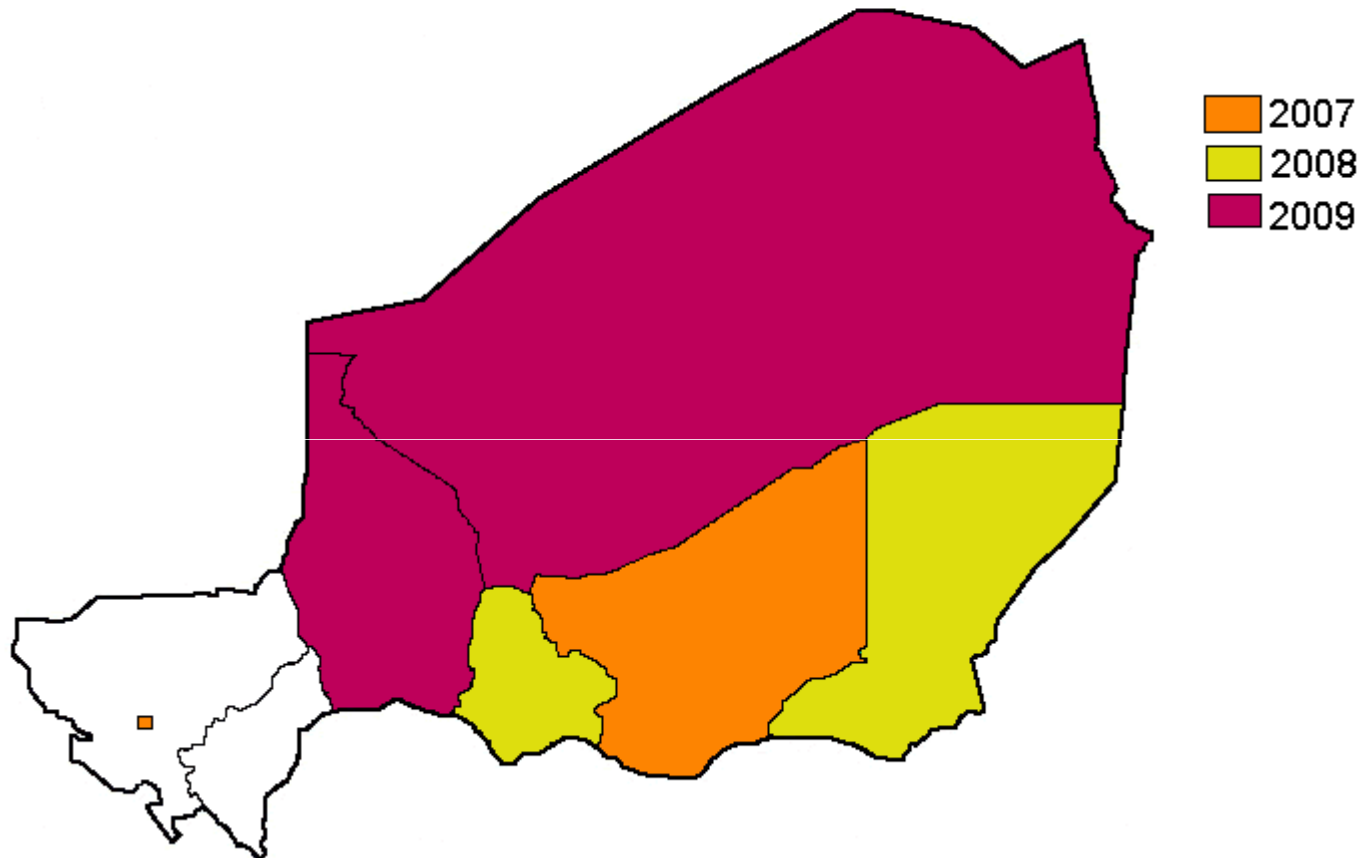
Accès à la charge virale par région



Accès à la charge virale par région



Accès à la charge virale par région



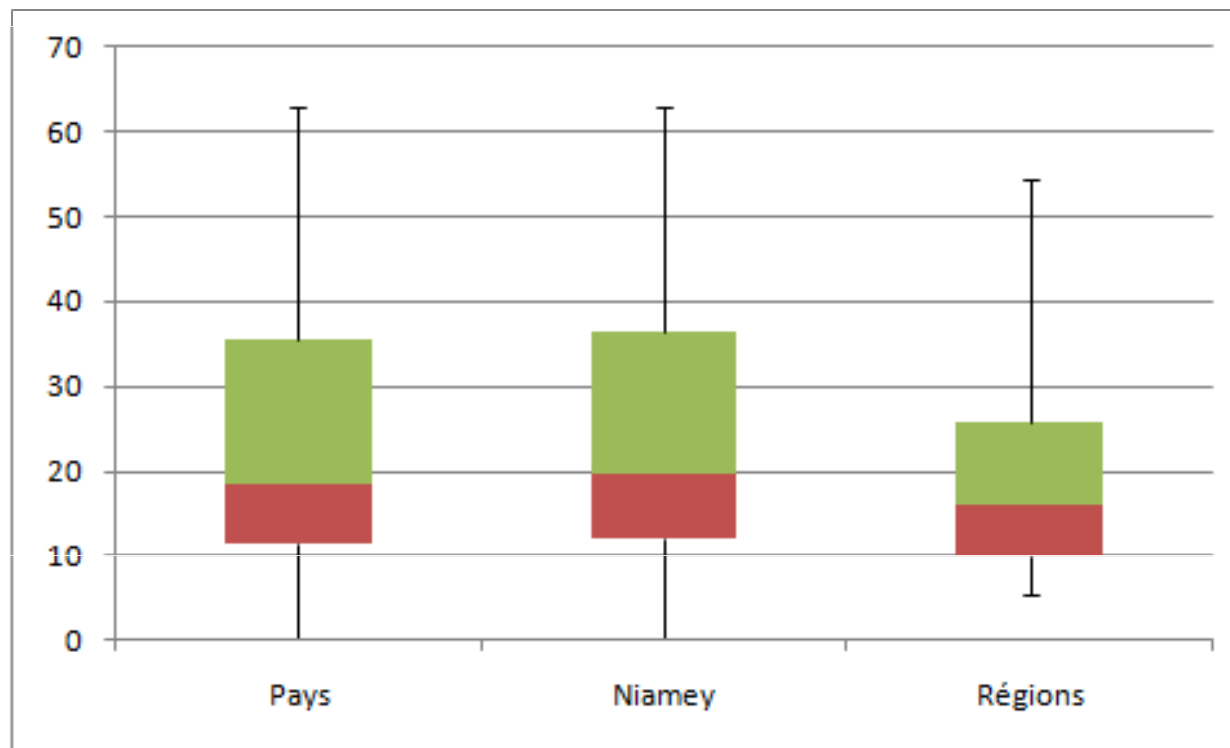
Accès à la charge virale en terme de patient

	2007	2008	2009 (est)
Nombre de patients suivis sous ARV depuis au moins 6 mois	1688	2423	3500
Nombre de patients ayant bénéficié d'au moins une charge virale	938	809	1546
Pourcentage	56%	33%	37%

Entrée progressive de la CV dans le panel des examens de suivi, y compris en dehors de Niamey

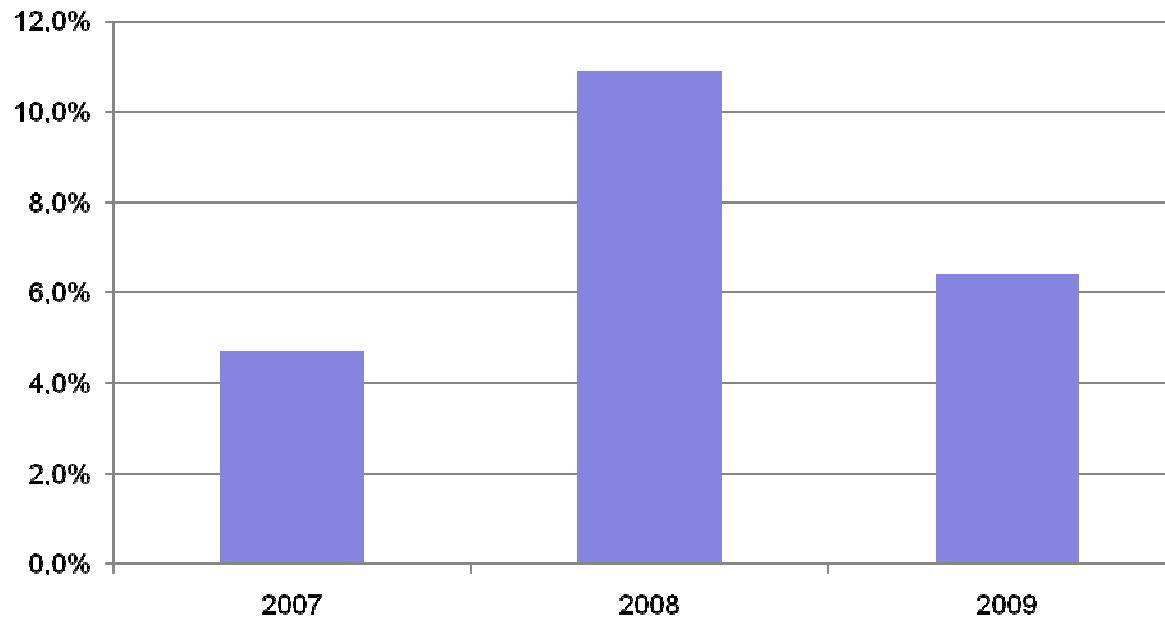
Cependant, l'accès reste limité en régions: 11,1% des CV réalisées en 2009 alors que >50% des patients y sont suivis

Durée de traitement au moment de la première charge virale (en mois)



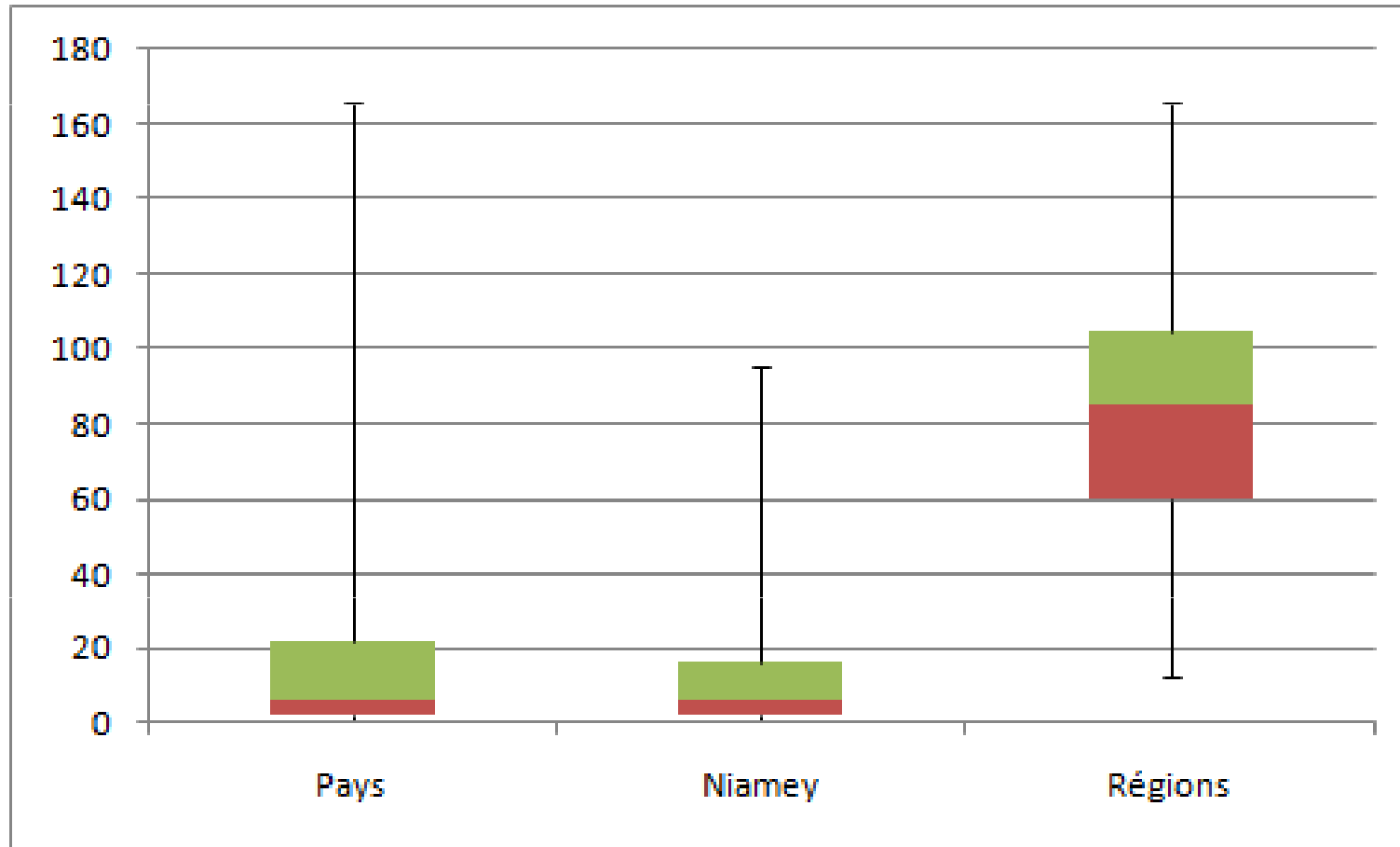
**Le recours à la CV est globalement tardif, même en capitale
→ Manque d'habitude des prescripteurs?
→ Déficit de formation?**

Proportion de prélèvements invalides au moment du techniquage



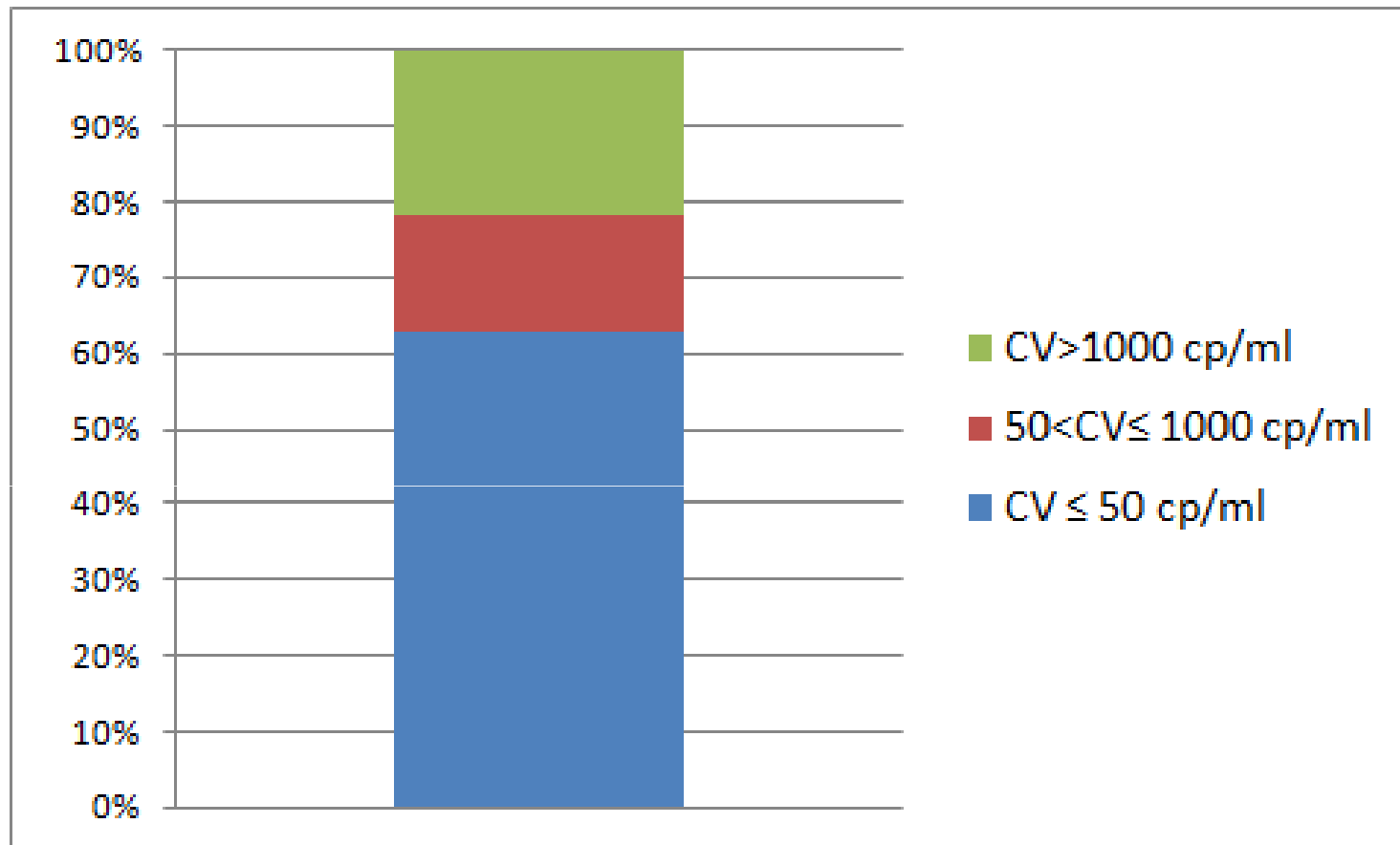
**En 2009, moins de 7% des charges virales sont
invalides quelque soit la région
-> Respect global des procédures**

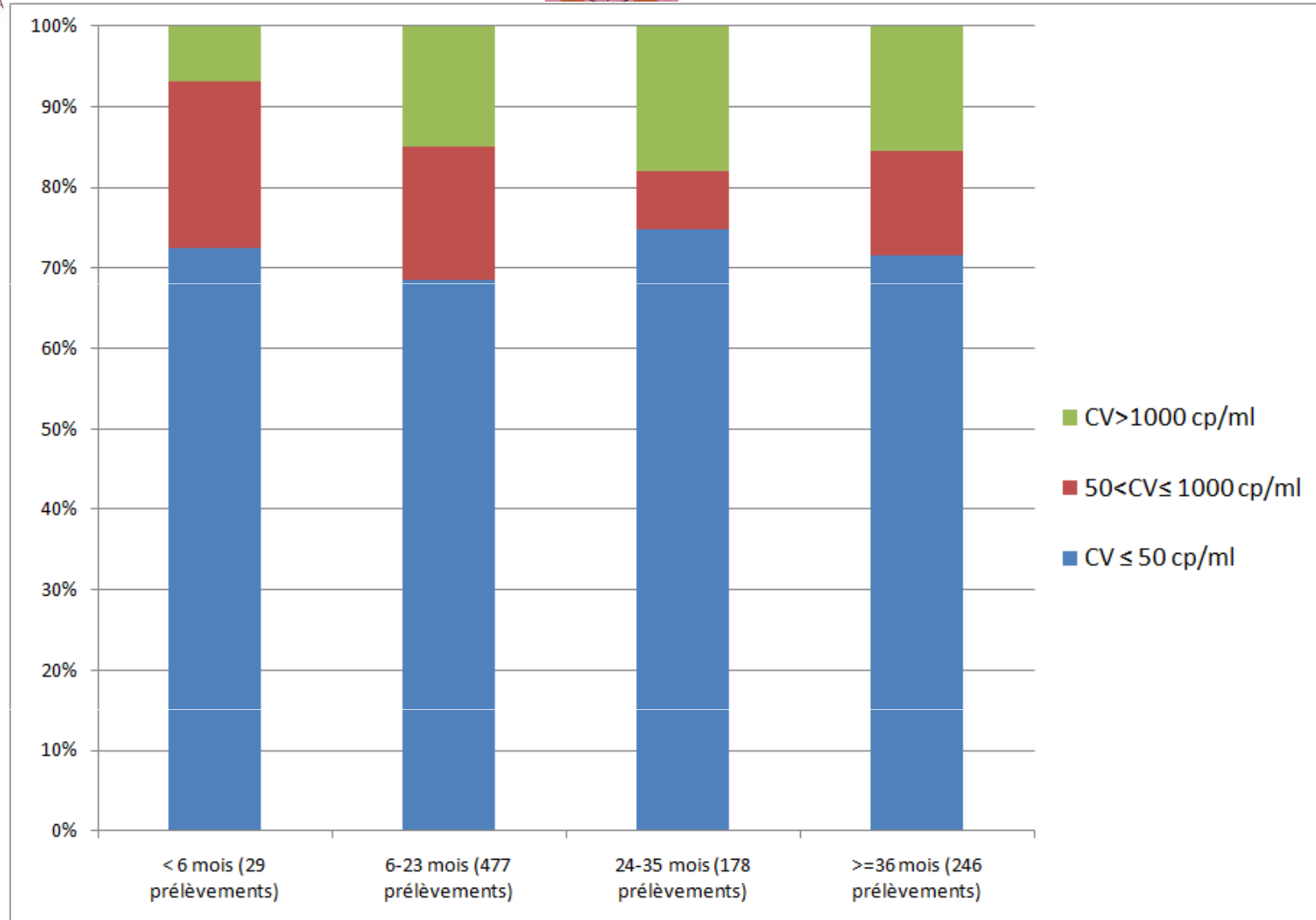
Délai entre prélèvement et techniquage (en jours)



Le circuit en région d'acheminement est long et irrégulier

Résultats virologiques





**Augmentation des CV > 1000 cp/ml entre 6 et 24 mois
Mais virémies faibles (< 1000 cp/ml) chez 80% des
patients après 24 mois de traitement ARV**

Conclusion

Mise en œuvre de la CV au Niger: des résultats encourageants

- CV faisable et accessible à l'échelle nationale.
- Respect global des procédures de prélèvement, acheminement et réalisation en régions comme en capitale.
- Résultats virologiques à long terme satisfaisants.

Conclusion

Des défis à relever...

- Améliorer l'approvisionnement.
- Augmenter le recours des prescripteurs à la charge virale.
- Accroître l'utilisation des résultats pour un passage en deuxième ligne.
- Concrétiser l'implication des autorités sanitaires régionales dans le circuit d'acheminement des prélèvements.
- Renforcer le contrôle qualité externe du LNR

Remerciements

LNR IST/VIH/TB de Niamey

Esther

Médecins prescripteurs

Fonds Mondial

Ministère de la Santé Publique du Niger