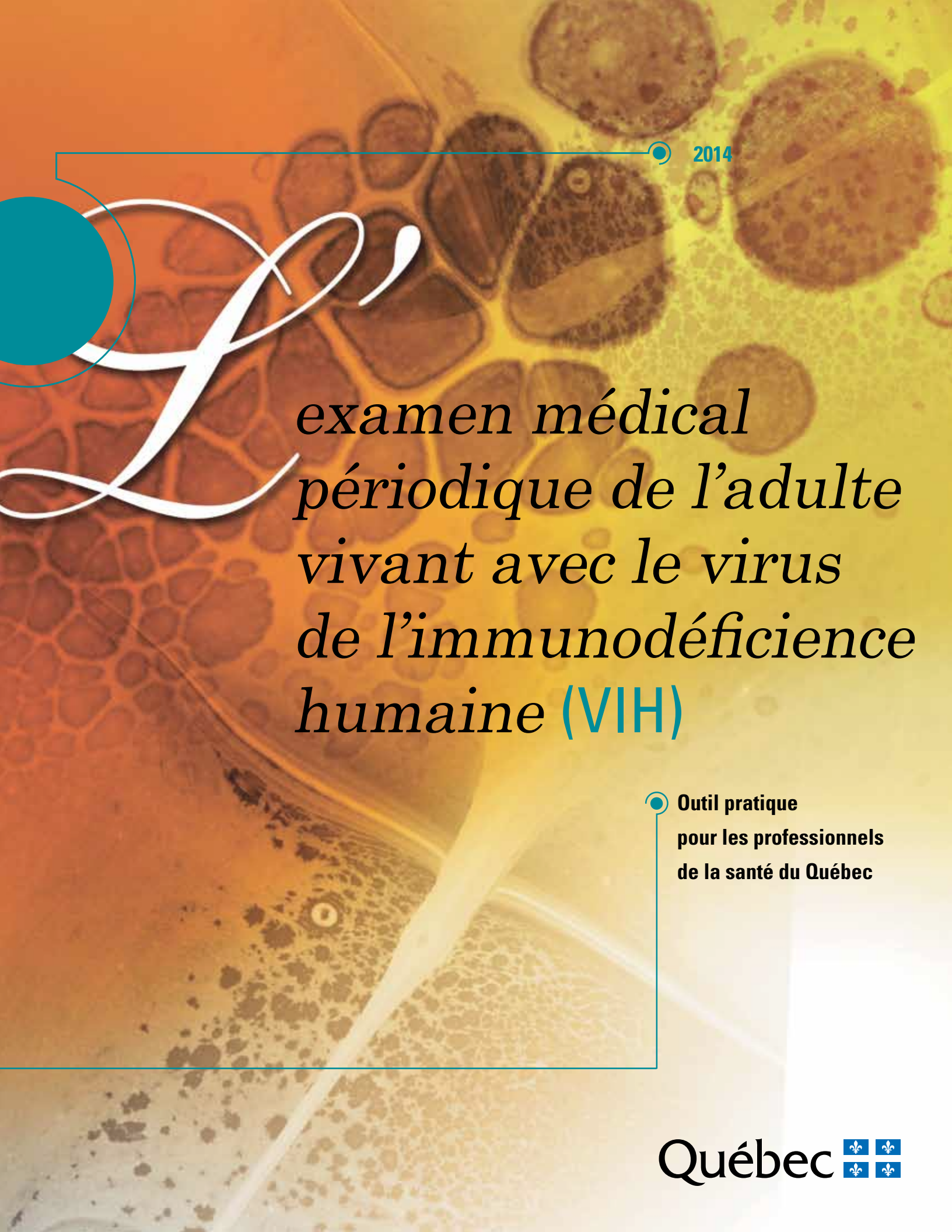


2014



# *L*examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Outil pratique  
pour les professionnels  
de la santé du Québec

Édition :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

**<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section **Documentation**, rubrique **Publications****

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-550-71019-6 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2014

## Évaluation initiale

### Antécédents

- Antécédents familiaux
- Antécédents personnels
- Histoire sexuelle, incluant les ITSS
- Allergies et intolérances
- Histoire médicamenteuse
- Histoire des échecs virologiques (incluant les génotypes antérieurs)
- Histoire des résultats de tests de dépistage de la tuberculose
- Histoire vaccinale

### Habitudes

- Tabac
- Abus d'alcool
- Drogues
- Comportements à risque au regard de la transmission du VIH
- Exercice physique
- Séjours dans des zones où certaines maladies sont endémiques (tuberculose, mycoses endémiques, parasitoses)
- Situation psychosociale :
  - recherche de présence de violence domestique
  - assurance-médicaments
  - domicile
  - travail
  - partenaires et enfants

### Revue des systèmes

- Revue générale des systèmes
- Évaluation de la santé sexuelle et reproductive
- Dépistage des troubles cognitifs
- Dépistage de la dépression

### Examen physique

- Examen physique complet, incluant un examen gynécologique
- Détermination d'une valeur de base pour :
  - le poids
  - la taille
  - l'indice de masse corporelle
  - le tour de taille
  - la tension artérielle
- Examen visuel anal/périanal et toucher rectal à envisager chez les personnes à risque au regard du cancer anal
- Examen du fond d'œil : orienter vers un ophtalmologiste si CD4 < 50 cellules/ $\mu$ l (risque de rétinite à cytomégalovirus)

### Examens complémentaires

- Radiographie pulmonaire :
  - chez tous les patients dont le test de dépistage de la tuberculose est positif
  - à envisager chez les patients ayant une pathologie pulmonaire connue, comme mesure de comparaison ultérieure

### Autres

- Calcul du score de Framingham
- Éducation sur les gestes et les comportements à risque ainsi que sur les stratégies efficaces pour prévenir la transmission du VIH, incluant le traitement antirétroviral
- Évaluation de la nécessité de prophylaxies des infections opportunistes, en fonction de la numération des CD4

## Examen médical périodique

<b>À demander</b>	Tabagisme	Tous	
	Alimentation		
	Activité physique		
	Violence familiale		
	Counseling ITSS		
	Éducation au patient sur les comportements à risque et les stratégies efficaces pour prévenir la transmission du VIH, incluant le traitement antirétroviral		
	Abus d'alcool ou consommation de drogues		
	Dépression		
	Contraception et acide folique (jeune femme)		
	Facteurs de risque au regard de l'ostéoporose		
	Calcium et vitamine D	50 ans +	
	Évaluation du risque de chute	65 ans +	
Déficit cognitif	Tous	Tous les deux ans ou plus souvent si la personne présente des signes ou des symptômes de troubles cognitifs	
<b>À examiner</b>	Tension artérielle	Tous	
	Poids		
	Indice de masse corporelle		
	Tour de taille		
	Vision		
<b>À faire</b>	Cytologie du col de l'utérus	♀	Une fois par année
	Bilan lipidique et calcul du score de Framingham	Tous	Bilan lipidique : au moins une fois par année Framingham : fréquence d'un an à trois ans
	Glycémie		Au moins une fois par année
	Mammographie	♀ de 50 ans +	Tous les deux ans jusqu'à 74 ans
	Dépistage du cancer colorectal	50 ans +	Test de sang dans les selles tous les deux ans
	<u>Dépistage :</u> Gonorrhée Syphilis Chlamydia	Personnes à risque (voir le texte pour plus de détails sur les fréquences recommandées)	
	Hépatite B et C		Au début des soins chez tous et de nouveau si facteurs de risque
	<u>Immunisation :</u> Rougeole-rubéole-oreillons, varicelle, zona		Contre-indiqué si CD4 < 200
	Hépatite A, poliomyélite	Tous	
	Virus du papillome humain		
	Hépatite B		
	Pneumocoque		À faire de nouveau une fois après cinq ans
	Influenza		Chaque année
	dcaT × 1 à l'âge adulte, puis d2T5 tous les dix ans		
	<i>Haemophilus influenzae</i>	Non immuns	À envisager
Spirométrie (fumeurs symptomatiques)	40 ans +		
Ostéodensitométrie	50 ans +, ♀ ménopausées et fracture de fragilité		
Échographie abdominale (anévrisme aorte)	♂ de 65 ans +	Au moins une fois (voir le texte)	

<b>Suivi de laboratoire</b>				
	Début des soins	3-6 mois non traité	Avant le traitement ou un changement de thérapie	3-6 mois sous traitement
<b>Sérologies et infections</b>				
IgG anti- <i>Toxoplasma gondii</i>	✓ <sup>1</sup>			
IgG anti-cytomégalovirus (optionnel)	✓			
Hépatites virales A, B et C	✓ <sup>2</sup>			
IgG anti-varicelle	✓ <sup>3</sup>			
IgG anti-rubéole	✓ <sup>4</sup>			
ITSS (incluant syphilis)	✓ <sup>2</sup>			
Hémocultures pour mycobactéries	✓ <sup>5</sup>			
<b>VIH</b>				
Sérologie VIH (pour confirmation d'un premier test si non fait antérieurement)	✓			
Décompte lymphocytaire (CD4)	✓	✓	✓	✓ <sup>6</sup>
Charge virale (ARN-VIH)	✓	✓	✓	✓
Test de résistance (génotype)	✓		✓ <sup>7</sup>	
HLA-B*5701	✓		✓ <sup>8</sup>	
Test de tropisme			✓ <sup>9</sup>	
<b>Hématologie</b>				
Formule sanguine complète	✓	✓	✓	✓
G6PD	✓ <sup>10</sup>		✓ <sup>10,11</sup>	
<b>Biochimie</b>				
Créatinine (incluant DFG estimé)	✓ <sup>12</sup>	✓	✓	✓
Bilan hépatique : AST, ALT, Ph Alc, bilirubine totale	✓	✓	✓	✓
Analyse d'urine ou bandelette urinaire	✓ <sup>12</sup>		✓	✓ <sup>13</sup>
Phosphate			✓ <sup>13</sup>	✓ <sup>13</sup>
Glycémie à jeun	✓ <sup>12</sup>	Au moins tous les ans	✓	✓ <sup>14</sup>
Bilan lipidique à jeun	✓ <sup>12</sup>	Au moins tous les ans	✓	✓ <sup>14</sup>
<b>Autres</b>				
Dépistage de la tuberculose par test cutané à la tuberculine (TCT) ou test de libération à interféron-gamma (TLIG)	✓ <sup>15</sup>			
Radiographie pulmonaire	✓ <sup>16</sup>			
<b>Chez les patients ayant une cirrhose ou une hépatite B chronique :</b> Échographie hépatique, avec ou sans alpha-fœtoprotéines	✓ <sup>12</sup>			
Test de grossesse			✓	
Électrocardiogramme			✓ <sup>17</sup>	
Testostérone totale	Si symptômes			

1. Faire de nouveau si négatif au départ et que CD4 < 100 cellules/ $\mu$ l sans prophylaxie efficace.
2. Faire de nouveau passer les tests de dépistage du VHC ou des ITSS si la personne présente des facteurs de risque ; pour l'hépatite A, rechercher les anticorps anti-VHA chez les personnes à risque présumées non exposées.
3. Sauf en cas de maladie antérieure.
4. Chez les femmes en âge de procréer et les travailleurs de la santé non vaccinés.
5. Prétraitement préventif d'infection à mycobactéries atypiques si CD4 < 50 cellules/ $\mu$ l.
6. Mesurer les CD4 tous les 6 à 12 mois lorsque la charge virale est contrôlée et que les CD4 se maintiennent au-dessus de 350 cellules/ $\mu$ l.
7. Si non fait au moment du bilan de base et si la charge virale est de plus de 1 000 copies/ml. Entre 400 et 1 000 copies/ml, les tests de détection de la résistance peuvent être moins fiables.
8. Si non effectuée antérieurement, surtout lorsqu'un traitement par l'abacavir est envisagé.
9. Dans les quatre à six semaines précédant le début d'un traitement par un antagoniste du CCR5 ou en cas d'échec d'un tel traitement.
10. Chez les individus natifs ou descendants de natifs de l'Inde, des pays d'Afrique, de tout le bassin méditerranéen, du Moyen-Orient et du sud-est de l'Asie ainsi que chez les Juifs kurdes et les Juifs ashkénazes.
11. Si non fait au moment du bilan de base et si administration de dapsone.
12. Examen à faire au moins annuellement.
13. Si patient sous ténofovir ou pré-traitement par le ténofovir.
14. Faire de nouveau entre trois et six mois après le début du traitement, puis annuellement si le résultat est normal.
15. Faire de nouveau passer un test de dépistage si la personne présente des facteurs de risque ou si le test avait été fait alors que le décompte des CD4 était plus petit que 200 cellules/ $\mu$ l et qu'il a remonté au-dessus de ce niveau.
16. Chez tous les patients ayant un test de dépistage positif pour la tuberculose.  
À envisager chez les patients ayant une pathologie pulmonaire connue, comme mesure de comparaison ultérieure.
17. Particulièrement lorsque l'utilisation du saquinavir est envisagée. Il peut être prudent de demander un électrocardiogramme lorsque l'utilisation d'inhibiteurs de protéase ou de rilpivirine est envisagée et que le patient présente des facteurs de risque au regard de troubles de conduction.

*D*ans un contexte où le traitement des maladies associées au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) devient l'enjeu principal du suivi clinique des personnes vivant avec le VIH, la prise en charge de ces patients nécessite une connaissance approfondie des soins de première ligne tout en tenant compte des particularités de l'infection par le VIH. S'inscrivant dans cette approche de suivi clinique global, un guide contenant des recommandations de divers groupes d'experts pouvant être appliquées à la réalité québécoise et au contexte de l'infection par le VIH, a été écrit par un groupe de rédaction et approuvé par le Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH. Cet outil pratique est un résumé de ce guide.