

GUYAVIM, étude observationnelle : déploiement large des antirétroviraux injectables en Guyane.

DONNADIEU Aurore¹, PAVIN Simon², RABIER Sébastien^{2,3}, VAZ Tania², EL GUEDJ Myriam^{2,3}, CISSE Hawa^{2,3}, POIROT Marie-Hélène², LAURENCY Anne², SORRENTE Gaëlle², MICHAUD Céline^{2,3}, BOUTROU Mathilde^{2,3}, NALDJINAN Richard², LAVERGNE Anne⁴, NACHER Mathieu², LUCARELLI Aude^{2,3}, LE TURNIER Paul²

¹CHU Poitiers – France ; ²CHU Guyane – France ; ³CORESS Guyane – France ; ⁴Institut Pasteur de la Guyane – France

Introduction

L'association Cabotegravir Rilpivirine injectable (CAB/RPV LAI) est proposée en France, aux PVVIH, sans antécédent d'échec ou de résistance à ces classes thérapeutiques. La prévalence du VIH en Guyane est de 1,1 %. Les ¾ des PVVIH y sont nés à l'étranger. Les migrations, la précarité sociale et la stigmatisation y entravent l'observance et le suivi. Environ 10% de la file active a été relayés par CAB/RPV LAI entre 2022 et 2023.

Objectif : Estimer la probabilité de maintien de la stratégie thérapeutique CAB/RPV LAI. Identifier les facteurs de risque d'échec virologique (EV).

Méthodes

Étude rétrospective, menée de mars 2022 à avril 2024, multicentrique (CH de Cayenne, CH de Saint-Laurent-du-Maroni, Centres de prévention et de soins).

Inclusion : > 18 ans, PVVIH ayant reçu au moins une injection de CAB/RPV LAI entre le 01/03/2022 et le 15/10/2023.

EV : deux charges virales (CV) > 50 copies/ml successives ou une CV > 200 copies/ml.

Perdu de vue sous LAI : absence de suivi à 3 mois de la dernière injection.

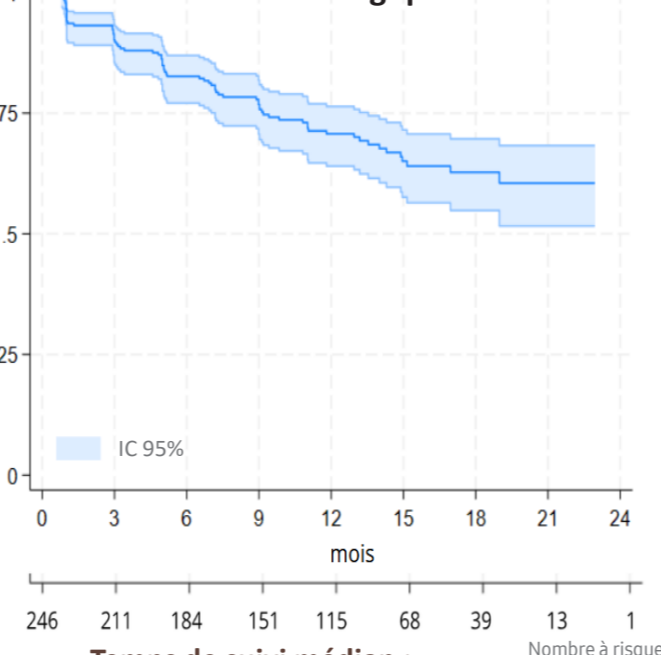
Critère de jugement principal : poursuite du traitement par CAB/RPV LAI et absence d'échec virologique.

Résultats

Tableau 1 : Caractéristiques de la population n=246

Données démographiques	n	[IQR] – (%)
Age (année)	47	[39-57]
Sexe masculin,	137	(55.7%)
Lieu de naissance		
France (dont Guyane)	49	(20%)
Haïti	129	(52.4%)
Brésil	26	(10.6%)
Autre	35	(14.2%)
Obésité (IMC ≥ 30 kg/m ²)	69	(28.1%)
Historique du VIH		
Délai depuis le diagnostic (année)	10	[6-19]
Mode de transmission hétérosexuel	192	(78.5%)
Nadir de CD4 <100 cellules/mm ³	53	(21.5%)
Sous type de VIH		
A1/A6	0	(0%)
Pas de donnée	57	(23.2%)
Absence de génotype à baseline	66	(26.8%)
Résistance à la Rilpivirine	12	(4.9%)
Antécédent de perte de vue	67	(27.2%)
Antécédent d'échec thérapeutique		
Sous INI	63	(25.6%)
Sous INNTI	62	(25.2%)
Données à l'initiation		
Lieux de prise en charge initiale		
Centre hospitalier de Cayenne	235	(95.5%)
Centre hospitalier de Saint-Laurent	8	(3.3%)
Centres de prévention et de soin	3	(1.2%)
Prise en charge sociale		
Sécurité sociale/AME	193	(78.5%)
Soin urgent	28	(11.4%)
Donnée manquante	25	(10.2%)
Dernier traitement avant CAB/RPV		
2 INTI + INNTI	33	(13.4%)
2 INTI + INI	120	(48.8%)
Bithérapie à base d'INI	85	(34.5%)
CV à l'initiation		
> 200 copies/mL	2	(0.8%)
entre 50 et 200 copies/mL	11	(4.5%)

Figure 1 : Courbe de survie Kaplan Meier, temps jusqu'à l'arrêt du traitement ou l'échec virologique.

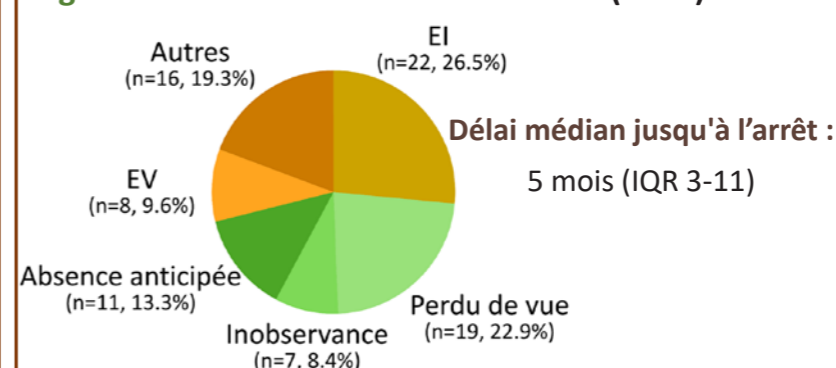


Temps de suivi médian : 340 jours (IQR 196–470)

Probabilité d'arrêt à 12 mois : 30% (IC 95% [24 – 36])

Succès de la stratégie en fin de suivi : 66% (IC 95% [60.0 - 72.1]), n =163

Figure 2 : Causes d'arrêt du traitement (n=83)



Taux d'échec virologique : 3,3 % (95% IC 1.7–6.3)

Tableau 2 : Facteur associé à l'échec virologique, modèle de Firth univarié (n=8)

Variable	OR (IC95%)	p-value
CV > 50 à l'inclusion	13.84 (3.17 – 60.55)	<0.001
ATCD d'échec	15.8 (0.86 – 288.9)	0.063
Échec sous INNTI	4.96 (1.26 – 19.56)	0.022
Échec sous INI	1.88 (0.48 – 7.40)	0.368
Pas de donnée d'atcd d'échec	63.9 (3.14 – 1304)	0.007
Atcd de perdu de vue	1.63 (0.41 – 6.43)	0.483
CD4 nadir range >100/mm ³	0.12 (0.03 à 0.56)	0.007

Tableau 3 : Caractéristiques des patients en échec virologique (n=8)

RAM RPV BL	RAM INI BL	ATCD EV INNTI	ATCD EV INI	CD4/m ³ nadir	CV initiale copies/ml	IMC, kg/m ²	Nb inj reçu	Abs au RdV	CV à l'EV copies/ml	RAM RPV post-EV	RAM INI post-EV
Non	Non	RPV	DTG	5	<50	24.1	2	0	68;85	Non	Non
UNK	UNK	UNK	UNK	739	<50	21.8	5	2	1130	nt	nt
Non	Non	RPV	RAL	3	<200	25.8	2	0	84000	E138K	Non
Non	Y143M	Non	RAL	51	<50	20.4	2	0	60;73	Non	Non
Non	Non	EFV	BIC, EVG	52	<50	17.5	2	1	55;106	Non	Non
M230I	Non	EFV, RPV	RAL	83	<200	34.2	2	0	58;86	nt	nt
NA	NA	UNK	UNK	1504	<200	23.9	1	0	103; 189	nt	nt
E138A	Non	UNK	UNK	UNK	<50	27.9	3	0	723	nt	nt

Conclusions

Taux d'arrêt élevé: Tout lié à l'observance avec 19 perdus vue

Taux d'échec virologique comparable aux données française (Serris, CARLAPOP, AquiviH) → **Sous estimation** ? Echec possible chez les perdus de vue

→ **Sur estimation** ? Choix d'une définition stricte d'EV (>50 copies/ml)

Acquisition de résistance faible: Uniquement à la RPV, 25% des EV vs résistance INNTI et INI 41% des cas dans la littérature. Ring, 2025

En Pratique

10% de la file active relayée par CAB/RPV

Stratégie pragmatique, adaptée au contexte guyanais

Précautions : Si antécédent d'échec au INNTI ou historique incomplet

Axe d'amélioration en Guyane : Dispositif d'aide à l'observance

A investiguer : Initiation en contexte virémique