

Enquête sur les modalités de Prise en charge des AES ile de France 2019

Dans le cadre du COM2 de l'Intercorevih IDF



Généralités

- Services hospitaliers, Cegidd et SAU d'IDF ont été contactés pour l'enquete (n=??)
- 56 structures ont répondu réparties en :
 - 28 services hospitaliers (50%)
 - 22 CEGIDD (39%)
 - 6 SAU (11%)
- CEGIDD hospitaliers = n
- CEGIDD non hospitaliers = n'
- **Donc Sous représentation des SAU +++**

Caractéristiques des structures

	CeGIDD	SAU	Service hospitalier	Total
Effectif	22 (39.3)	6 (10.7)	28 (50.0)	56 (100.0)
Situation géographique				
Paris	16 (72.7)	3 (50.0)	5 (17.9)	14 (25.0)
Hors Paris	6	3 (50.0)	23 (82.1)	42 (75.0)
Données épidémiologiques				
Médiane d'AES annuel	14 (0-117)	211.5 (112-308)	60 (40-90)	56 (15-117)
Médiane d'AES dans la dernière semaine	1 (0-4)	3.5 (2-5)	2 (1-4.25)	2 (0-5)
Médiane d'AES sexuels dans la dernière semaine	0.5 (0-4.5)	2.5 (0.75-4.75)	1 (0-3)	1 (0-4)

Caractéristiques des structure (1)

Pas de surprise
seuls 2/3 des CEGIDD prennent des
AES mais uniquement sexuels ++
Services hospitaliers : AES sex et pro

Caractéristiques de l'activité	cEGIDD	SAU	Service hospitalier	total
Prise en charge d'AES sexuels				
Oui	13 (61.9)	5 (83.3)	25 (89.3)	43 (78.2)
Non	8 (38.1)	1 (16.7)	3 (10.7)	12 (21.8)
Suivi des AES sexuels				
Oui	14 (66.7)	1 (16.7)	24 (85.7)	39 (70.9)
Non	7 (33.3)	5 (83.3)	4 (14.3)	16 (29.1)
Prise en charge d'AES professionnels				
Oui	7 (35.0)	5 (83.3)	27 (96.4)	39 (72.2)
Non	13 (65.0)	1 (16.7)	1 (3.6)	15 (27.8)
Suivi des AES professionnels				
Oui	9 (42.9)	1 (16.7)	20 (74.1)	30 (55.6)
Non	12 (57.1)	5 (83.3)	7 (25.9)	24 (44.4)
Reception d'AES professionnels venant d'autres structures				
Oui	9 (45.0)	5 (83.3)	25 (92.6)	39 (73.6)
Non	11 (55.0)	1 (16.7)	2 (7.4)	14 (26.4)

Caractéristiques des structures (2)

Caractéristiques de l'activité	cEGIDD	SAU	Service hospitalier	total
Structure isolé pour la prise en charge des AES				
Oui	3 (18.8)	1 (16.7)	9 (32.1)	13 (26.0)
Non	13 (81.2)	5 (83.3)	19 (67.9)	37 (74.0)
Si non, Avec qui collaborez vous				
SAU	7 (58.3)	0 (0.0)	14 (73.7)	21 (58.3)
CeGIDD	1 (8.3)	2 (40.0)	4 (21.1)	7 (19.4)
Service Hospitalier	4 (33.3)	3 (60.0)	1 (5.3)	8 (22.2)
Présence d'un médecin du travail pour les AES professionnels				
Oui	10 (58.8)	6 (100.0)	22 (81.5)	38 (76.0)
Non	7 (41.2)	0 (0.0)	5 (18.5)	12 (24.0)

Traitements utilisés : disparité ++

	CEGIDD	SAU	Service hospitalier	TOTAL
Traitement de référence				
TDF/3TC+ Drv/rito (Truvada©+ Prezistra©+Norvir©)	4 (21.1)	3 (50.0)	7 (25.0)	14 (26.4)
TDF/3TC + Rilpivirine (Eviplera©)	2 (10.5)	0 (0.0)	11 (39.3)	13 (24.5)
TDF/3TC + Elvitegravir/Cobicistat (Stribild©)	5 (26.3)	0 (0.0)	4 (14.3)	9 (17.0)
Autres	1 (5.3)	3 (50.0)	5 (17.9)	9 (17.0)
Non	7 (36.8)	0 (0.0)	1 (3.6)	8 (15.1)

Prise en compte du cout du TPE : 2/3

Caractéristiques de l'activité	cEGIDD	SAU	Service hospitalier	total
Oui	8 (57.1)	2 (50.0)	20 (76.9)	30 (68.2)
Non	6 (42.9)	2 (50.0)	6 (23.1)	14 (31.8)

Durée de prescription initiale du TPE

3-5 jours ou 28 jours, mais peu de repondeurs

Caractéristiques de l'activité	cEGIDD	SAU	Service hospitalier	total
2 jours	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (3.8)	2 (4.4)
3 jours	1 (7.7)	3 (50.0)	6 (23.1)	10 (22.2)
5 jours	4 (30.8)	1 (16.7)	6 (23.1)	11 (24.4)
7 jours	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (7.7)	2 (4.4)
14 jours	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.8)	1 (2.2)
28 jours	5 (38.5)	0 (0.0)	8 (30.8)	13 (28.9)
Autre	2 (15.4)	2 (33.3)	2 (7.7)	6 (13.3)

Génériques + dans presque $\frac{3}{4}$ des cas

Utilisation de générique					
Oui	9 (69.2)	3 (60.0)	20 (74.1)	32 (71.1)	
Non	4 (30.8)	2 (40.0)	7 (25.9)	13 (28.9)	

¾ des Cegidd disent avoir une pharmacie : ce doit être les Cegidd hospitaliers

Caractéristiques de l'activité	cEGIDD	SAU	Service hospitalier	total
Accès à la pharmacie de l'hôpital				
Oui	14 (73.7)	6 (100.0)	26 (96.3)	46 (88.5)
Non	5 (26.3)	0 (0.0)	1 (3.7)	6 (11.5)
Accès à une pharmacie extérieure conventionnée				
Oui	6 (37.5)	0 (0.0)	10 (45.5)	16 (39.0)
Non	10 (62.5)	3 (100.0)	12 (54.5)	25 (61.0)
Accès à un stock interne				
Oui	11 (61.1)	2 (33.3)	10 (38.5)	23 (46.0)
Non	7 (38.9)	4 (66.7)	16 (61.5)	27 (54.0)
Pas d'accès à une pharmacie				
Oui	1 (11.1)	0 (0.0)	1 (7.7)	2 (8.3)
Non	8 (88.9)	2 (100.0)	12 (92.3)	22 (91.7)

Recommandations thérapeutiques utilisées datent de 1 à 5 ans dans 80%

Caractéristiques de l'activité	cEGIDD	SAU	Service hospitalier	total
Date des dernières recommandations appliquées				
Moins d'un an	5 (31.2)	0 (0.0)	4 (15.4)	9 (18.8)
Entre 1 et 5 ans	11 (68.8)	6 (100.0)	22 (84.6)	39 (81.2)
Plus de 5 ans	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Source de ces dernières recommandations				
Internationale	2 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (4.0)
Nationale	10 (55.6)	2 (33.3)	17 (65.4)	29 (58.0)
Corevih	4 (22.2)	1 (16.7)	4 (15.4)	9 (18.0)
Locale	2 (11.1)	3 (50.0)	4 (15.4)	9 (18.0)
Autres	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.8)	1 (2.0)

Il existe un responsable AES dans 80% des cas

	Existence d'un responsable des AES dans la structure				
	Oui	11 (68.8)	4 (80.0)	22 (84.6)	37 (78.7)
	Non	5 (0.0)	1 (0.0)	4 (0.0)	10 (0.0)
	Existence d'un groupe AES dans la structure				
	Oui	10 (58.8)	2 (40.0)	17 (63.0)	29 (59.2)
	Non	7 (41.2)	3 (60.0)	10 (37.0)	20 (40.8)

Documentation remise aux patients oui mais pas sur la Prep (moins de la moitié des sites)

		cEGIDD	SAU	Service hospitalier	total
	Oui	13 (72.2)	6 (100.0)	21 (77.8)	40 (78.4)
	Non	5 (27.8)	0 (0.0)	6 (22.2)	11 (21.6)
	Type de document				
	Document de suivi				
	Oui	7 (70.0)	4 (80.0)	15 (75.0)	26 (74.3)
	Non	3 (30.0)	1 (20.0)	5 (25.0)	9 (25.7)
	Document sur les risques de séroconversion				
	Oui	3 (27.3)	2 (40.0)	7 (35.0)	12 (33.3)
	Non	8 (72.7)	3 (60.0)	13 (65.0)	24 (66.7)
	Documentation sur le TPE				
	Oui	9 (75.0)	2 (40.0)	13 (68.4)	24 (66.7)
	Non	3 (25.0)	3 (60.0)	6 (31.6)	12 (33.3)
	Documentation sur la PreP				
	Oui	8 (66.7)	1 (20.0)	8 (40.0)	17 (45.9)
	Non	4 (33.3)	4 (80.0)	12 (60.0)	20 (54.1)
	Autre document				
	Oui	2 (33.3)	1 (20.0)	4 (23.5)	7 (25.0)
	Non	4 (66.7)	4 (80.0)	13 (76.5)	21 (75.0)

Rapport activité sur les AES dans 2/3 des cas

Devoir institutionnel				
Redaction d'un rapport d'activité annuel sur la prise en charge des AES				
Oui	9 (60.0)	3 (50.0)	19 (73.1)	31 (66.0)
Non	6 (40.0)	3 (50.0)	7 (26.9)	16 (34.0)
Pour le service				
Oui	9 (100.0)	1 (50.0)	11 (61.1)	21 (72.4)
Non	0 (0.0)	1 (50.0)	7 (38.9)	8 (27.6)
Pour l'hopital				
Oui	6 (75.0)	1 (50.0)	9 (50.0)	16 (57.1)
Non	2 (25.0)	1 (50.0)	9 (50.0)	12 (42.9)
Pour le Corevih				
Oui	6 (75.0)	1 (50.0)	17 (94.4)	24 (85.7)
Non	2 (25.0)	1 (50.0)	1 (5.6)	4 (14.3)
Pour l'ARS				
Oui	9 (100.0)	0 (0.0)	3 (21.4)	12 (50.0)
Non	0 (0.0)	1 (100.0)	11 (78.6)	12 (50.0)
Pour SPF				
Oui	6 (66.7)	0 (0.0)	1 (7.7)	7 (30.4)
Non	3 (33.3)	1 (100.0)	12 (92.3)	16 (69.6)
Pour le GERES				
Oui	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (13.3)	2 (8.7)
Non	7 (100.0)	1 (100.0)	13 (86.7)	21 (91.3)
Pour une autre institution				
Oui	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (7.7)	1 (4.8)
Non	7 (100.0)	1 (100.0)	12 (92.3)	20 (95.2)

Souhait des structures +++:

- simplification

- délégation des tâches (IDE) (75%)

- Seraient ok pour participer à une étude distribution kit TPE par les pharmacies (60%)

formation : non

Caractéristiques de l'activité	cEGIDD	SAU	Service hospitalier	total
Souhait d'une procédure simplifiée pour la prise en charge des AES				
Oui	16 (88.9)	1 (25.0)	17 (73.9)	34 (75.6)
Non	2 (11.1)	3 (75.0)	6 (26.1)	11 (24.4)
Souhait de formation sur la prise en charge des AES				
Oui	11 (55.0)	0 (0.0)	9 (37.5)	20 (41.7)
Non	9 (45.0)	4 (100.0)	15 (62.5)	28 (58.3)
Volonté de participer à une étude pour la délégation de tâche aux IDE				
Oui	11 (68.8)	2 (66.7)	19 (79.2)	32 (74.4)
Non	5 (31.2)	1 (33.3)	5 (20.8)	11 (25.6)
Volonté de participer à une étude sur la délégation de tâche aux pharmaciens libéraux				
Oui	8 (50.0)	2 (50.0)	16 (69.6)	26 (60.5)
Non	8 (50.0)	2 (50.0)	7 (30.4)	17 (39.5)

conclusion

- 56 structures : 28 services hospitaliers, 22 CEGIDD et seulement 6 SAU
- seuls 2/3 des CEGIDD prennent en charge des AES mais uniquement sexuels (Services hospitaliers : AES sex et pro)
- disparité ++ des Traitements utilisés
- Prise en compte du cout dans le choix du TPE : 2/3 des cas
- Génériques utilisés dans presque $\frac{3}{4}$ des cas
- Recommandations thérapeutiques datent de 1 à 5 ans dans 80%
- Documentation remise aux patients oui concernant le TPE, mais peu sur la Prep (moins de la moitié des sites)
- Souhait des structures ++:
 - simplification
 - délégation des taches (IDE) (75%)
- Participeraient à expérimentation Kit dans les pharmacies : 60% de oui
 - mais formation : non

PAYS	ANNEE	TPE RECOMMANDES	NOMBRE CP	NOMBRE DE PRISE
CDC	2018	TDF/3TC + RTG(400x2) TDF/3TC + DTG	2 - 0 - 1 2 - 0 - 0	2 1
CANADA	2018	TDF/3TC + RTG(400x2) TDF/3TC + DTG TDF/3TC + DRV/r	2 - 0 - 1 2 - 0 - 0 3 - 0 - 0	2 1 1
ROYAUME UNI	2021	TDF/3TC + RTG (1200x1)	4 - 0 - 0	1
EACS	2021	TDF/3TC + RTG (400x2) TDF/3TC + DRV/r TDF/3TC + DTG TDF/3TC/BIC	2 - 0 - 1 3 - 0 - 0 2 - 0 - 0 1 - 0 - 0	2 1 1 1
WHO	?	1. TDF/3TC + LPV/r TDF/3TC + ATV/r 2. TDF/3TC + RTG (400X2) TDF/3TC + DRV/r	3 - 0 - 0 3 - 0 - 0 2 - 0 - 1 3 - 0 - 0	1 1 1 1
COREVIH IDF OUEST	2015	TDF/3TC/EVG/c	1 - 0 - 0	1
FRANCE	2017	1. TDF/3TC/RPV 2. TDF/3TC + DRV/r TDF/3TC + RTG (400x2) TDF/3TC/EVG/c	1 - 0 - 0 3 - 0 - 0 2 - 0 - 1 1 - 0 - 0	1 1 2 1
INTERCOREVIH IDF	2015	1. TDF/3TC + DRV/r 2. TDF/3TC + DTG	3 - 0 - 0 2 - 0 - 0	1 1



HHS Public Access

Author manuscript

J Acquir Immune Defic Syndr. Author manuscript; available in PMC 2018 August 15.

Published in final edited form as:

J Acquir Immune Defic Syndr. 2017 August 15; 75(5): 535–539. doi:10.1097/QAI.0000000000001440.

Excellent HIV Post-Exposure Prophylaxis Regimen Completion with Single Tablet Daily Elvitegravir/Cobicistat/Tenofovir Disoproxil Fumarate/Emtricitabine Compared to More Frequent Dosing Regimens

Kenneth H. Mayer, MD,

- **Conclusions:** Fixed-dose combination of elvitegravir/cobicistat/TDF/FTC was safe and well tolerated for PEP, with higher regimen completion rates than more frequently dosed PEP regimens.

Original research

Single-tablet regimen of emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate plus cobicistat-boosted elvitegravir increase adherence for HIV postexposure prophylaxis in sexual assault victims

Stefano Malinverni ¹, Floriane Bédoret,¹ Magali Bartiaux,¹ Christine Gilles,² Stéphane De Wit,³ Agnes Libois³

- **Rétrospectif 420 pts**
- **Conclusions:** Sexual assault victims who were prescribed an STR based on EVG/COBI/FTC/TDF were more likely to complete PEP than those who were prescribed an MTR.

Safety and Tolerability of Once Daily Co-Formulated Bictegravir, Emtricitabine, and Tenofovir Alafenamide for Post-Exposure Prophylaxis after Sexual Exposure

Kenneth H Mayer¹, Marcy Gelman, Jonathan Holmes, Jessica Kraft, Kathleen Melbourne, Matthew J Mimiaga

- **Conclusions:** BIC/FTC/TAF co-formulated as a single daily pill was found to be safe, well-tolerated, and highly acceptable when used for PEP, and compared more favorably than historical PEP regimens used at an urban health center.



ORIGINAL RESEARCH

Tolerability and Adherence of Antiretroviral Regimens Containing Long-Acting Fusion Inhibitor Albuvirtide for HIV Post-Exposure Prophylaxis: A Cohort Study in China

Jingmin Nie · Feng Sun · Xuejiao He · Jun Liu · Min Wang ·
Chongxi Li · Shanqun Gu · Zhong Chen · Ying Li · Yaokai Chen

- Albuvirtide (ABT) : inhibiteur de fusion a longue duree d'action (15 j), IV
- 3 groupes (330 pts) :
- ABT+DTG
- ABT +TDF+3TC
- DTG+ TDF+3TC

Key Summary Points

Why carry out this study?

There have been no prospective clinical studies investigating adherence and safety of HIV post-exposure prophylaxis (PEP) in China.

Tolerability, adherence, and transmitted drug resistance are concerns, especially when single-tablet regimen (STR) usage is low.

The aim of this study was to explore the safety, tolerability, and adherence of co-administration of albuvirtide (ABT) with other non-STR antiretrovirals for HIV PEP.

What was learned from the study?

ABT-containing regimens (ABT + DTG or ABT + TDF + 3TC) offered a good option for HIV PEP.

ABT-containing regimens showed higher completion rates than the DTG + TDF + 3TC regimen.

Intercorevih ile de France AES professionnel 2020-2021

Traitement post-exposition

Choix préférentiel :

Tenofovir DF/emtricitabine génériques (Gé) + Darunavir /ritonavir Gé (800/100 mg/J) soit 3 cp en 1 prise/j

Choix alternatifs :

Tenofovir DF/emtricitabine Gé + Dolutegravir (Tivicay®) 50 mg/j soit 2 cp en 1 prise/j

Cas particuliers :

- Insuffisance rénale : Tenofovir Alafenamide/emtricitabine/bictegravir (Biktarvy®) soit 1 cp/j
- Femme enceinte ou susceptible de l'être privilégier Tenofovir DF/emtricitabine génériques (Gé) + Darunavir /ritonavir Gé (800/100 mg/J) soit 3 cp en 1 prise/j
- Dolutégravir contre-indiqué pendant le premier trimestre de la grossesse, en cas d'intolérance au TDF/Emtricitabine + DRV/rtv switch par TDF/Emtricitabine + Raltégravir

Précautions : Vérifier interactions médicamenteuses (si ritonavir; effet inducteur des IP/r ne s'exerce qu'au bout de quelques jours)

Intercorevih ile de France AES sexuel 2020-2021

Traitement post-exposition

Choix préférentiel :

Tenofovir DF/emtricitabine génériques (Gé) + Darunavir /ritonavir Gé (800/100 mg/J) soit 3 cp en 1 prise/j

Choix alternatifs :

Tenofovir DF/emtricitabine Gé + Dolutegravir (Tivicay®) 50 mg/j soit 2 cp en 1 prise/j

Durée totale du traitement : 28 jours

Cas particuliers :

1. - Insuffisance rénale : Tenofovir Alafenamide/emtricitabine/bictégravir (Biktarvy®) soit 1 cp/j
 2. - Femme enceinte ou susceptible de l'être, privilégier Tenofovir DF/emtricitabine génériques (Gé) + Darunavir /ritonavir Gé (800/100 mg/J) soit 3 cp en 1 prise/j
 3. Dolutégravir contre-indiqué pendant le premier trimestre de la grossesse, en cas d'intolérance au TDF/Emtricitabine + DRV/rtv switch par TDF/Emtricitabine + Raltégravir
-

CANADA 2018

- One **TDF/FTC** tablet daily, taken orally, and **raltegravir** 400 mg twice daily, taken orally, for 28 days (*strong recommendation; high quality of evidence*); or
- One **TDF/FTC** tablet daily, taken orally, and **dolutegravir** 50 mg daily, taken orally, for 28 days (*strong recommendation; low quality of evidence*); or
- One **TDF/FTC** tablet daily, taken orally, and **darunavir** 800 mg daily + ritonavir 100 mg daily, taken orally, for 28 days (*strong recommendation; high quality of evidence*).

Post-exposure Prophylaxis (PEP)

PEP recommended in case of:

Risk	Nature of exposure	Status of source person
Blood	Subcutaneous or intramuscular penetration with iv or im needle, or intravascular device	HIV-positive or recent serostatus unknown, but presence of HIV risk factors
	Percutaneous injury with sharp instrument (lancet), im or sc needle, suture needle Contact > 15 min of mucous membrane or non-intact skin	HIV-positive
Genital secretions	Anal or vaginal sex and not on PrEP or low PrEP adherence	Viraemic HIV-positive or serostatus unknown but presence of HIV risk factors. If source person is on ART, PEP should be started, HIV-VL should be repeated, and, if undetectable, PEP can be stopped
	Receptive oral sex with ejaculation and not on PrEP or low PrEP adherence	Viraemic HIV-positive
Intravenous drug use	Exchange of syringe, needle, preparation material or any other material	HIV-positive

- Rapid testing of the source person for HBV, HCV and HIV (if HIV-status unknown) recommended
- If source person HIV-positive on ART, order resistance testing if HIV-VL detectable
- Individualise PEP according to the source's treatment history and previous resistance tests
- For sexual exposure, if HIV-positive source has documented undetectable HIV-VL, PEP is no longer recommended
- PEP to be started ideally < 4 hours after the exposure, and no later than 48/72 hours
- Duration of PEP: 4 weeks (unless discontinued due to lack of indication)
- PEP regimens: TDF/FTC or TAF/FTC + RAL bid or qd, or + DRV/b qd. TDF/FTC or TAF/FTC+ DTG qd or TAF/FTC/BIC may be also considered as alternatives
- Full sexual health screen in case of sexual exposure
- Emergency contraception counselling for sexual exposure
- Follow-up:
 - HIV serology + HBV and HCV, pregnancy test (women) within 48 hours of exposure and test for STIs if appropriate
 - Re-evaluation of PEP indication by HIV expert within 48-72 hours
 - Assess tolerability of PEP regimen
 - Transaminases, HCV-PCR and HCV serology at month 1 if source person HCV-positive (observed or suspected)
 - Follow-up HIV serology: mandatory at the end of PEP and repeat 6-8 weeks later
 - Discuss opportunity to start PrEP

CDC 2018

- ***Preferred regimens***
- Raltegravir 400 mg twice daily **plus** tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine (300mg-200mg) once daily [2, 5]
- * **Dolutegravir 50 mg** once daily **plus** **tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine** (300mg-200mg) once daily [3, 6]

Royaume uni 2021

- The first-line regimen is **tenofovir disoproxil 245mg/emtricitabine 200mg** fixed dose combination plus **raltegravir 1200mg** once daily for 28 days.

WHO

4.4 Post-exposure prophylaxis ARV regimens – adults and adolescents

Recommendations

TDF + 3TC (or FTC) is recommended as the preferred backbone regimen for HIV post-exposure prophylaxis for adults and adolescents.

(Strong recommendation, low-quality evidence)

LPV/r or ATV/r is recommended as the preferred third drug for HIV post-exposure prophylaxis for adults and adolescents.

(Conditional recommendation, very-low-quality evidence)

Where available RAL, DRV/r or EFV can be considered as alternative options.

France 2017

Au total 1) le choix préférentiel (sauf en cas de grossesse) **est :**

- **l'association ténofovir DF + emtricitabine + rilpivirine** compte tenu de sa bonne tolérance, sa simplicité de prise [soit 1 cp/j avec la co-formulation « Eviplera® » ou 2 cps/j avec l'association d'1cp de TDF/emtricitabine Gé et d'1cp de rilpivirine « Edurant® »], du faible risque d'interactions médicamenteuses et son plus faible coût en comparaison aux combinaisons à base d'IP ou d'INI.

2) les choix alternatifs sont :

- **soit l'association ténofovir DF-emtricitabine** (préférentiellement sous forme générique compte tenu du moindre prix) **avec darunavir/r** (soit 3 cps en 1 prise/j) **ou avec raltegravir** (soit 3 cps en 2 prises/j)

- **soit la co-formulation ténofovir DF + emtricitabine + elvitegravir/c** (« Stribild® » 1 cp/j).

Le choix du TPE peut être différent dans certaines situations particulières :

- **en cas d'atteinte rénale préexistante** l'association de zidovudine + lamivudine (un comprimé deux fois par jour) peut être utilisée dans le cadre d'une trithérapie à la place de l'association TDF + emtricitabine.

- **chez une femme enceinte** ou susceptible de l'être, l'association TDF-emtricitabine avec darunavir/r est recommandée. La posologie de darunavir/r est de 800mg/100 une fois/jour si le TPE est prescrit au cours du premier semestre de grossesse et de 600mg/100 deux fois par jour au cours du dernier trimestre.

• **En cas de grossesse** : le TPE est prescrit en association avec un inhibiteur de la protéase (IP) ou un inhibiteur de l'intégrase (INI) à la place de l'association TDF + emtricitabine.

Traitement post exposition (TPE) après une exposition à risque de transmission virale Proposition des COREVIH Ile de France Ouest et Ile de France Nord- Janvier 2015

Les membres du groupe de Travail sur les AES piloté par les Pr E. Bouvet et E. Rouveix, réunis en Intercorevih d'Ile de France Nord et Ouest le 13 janvier 2015, proposent que le STRIBILD (association fixe de Tenofovir/Emtricitabine/Cobicistat/Elvitegravir) soit utilisé en première intention comme TPE à l'exception des cas suivants : prise médicamenteuse concomitante, grossesse en cours, patient source VIH ayant eu un échec viral sous antiintégrase).

Cette proposition tient compte des éléments suivants :

1. L'elvitegravir est un médicament de la classe des antiintégrases dont on sait que ces molécules : agissent tôt au niveau du cycle de réplication virale (avant l'intégration), ont une excellente tolérance et moins d'effets secondaires que d'autres classes d'antirétroviraux, ont une diffusion dans les sécrétions vaginales qui est importante, rapide et prolongée, et pour lesquelles il existe peu de résistances primaires.
2. Les recommandations d'efficacité des associations d'antirétroviraux utilisées dans les TPE sont en grande partie calquées sur l'efficacité reconnue de ces mêmes molécules au cours du traitement de l'infection VIH
3. Les recommandations nationales de TPE du groupe d'experts (« Rapport sur la prise en charge médicale des PVVIH sous la direction du Pr Morlat, dit Rapport Morlat) de septembre 2013 préconisant en première intention l'utilisation de TDF/FTC associé à une IP/r (lopinavir/r ou atazanavir/r ou darunavir/r) n'ont pas été mise à jour en 2014, alors que
4. Les recommandations de traitement de l'infection VIH ont été mises à jour en 2014 (actualisation du rapport Morlat 2014) et placent les antiintégrases en première intention pour le de l'infection par le VIH au même titre que les anti protéases
5. Des publications (Mc Allister J, Henard S, Mayer KH) démontrent la sécurité d'emploi d'une antiintégrase (raltegravir) dans les TPE
6. Les recommandations américaines de choix des TPE placent le raltegravir en première intention
7. L'Elvitegravir est prescrit en 1 prise /j contrairement au raltegravir qui nécessite 2 prises par jour (ce qui peut être un obstacle à l'observance : cf Mayer)
8. Le coût du Stribild est inférieur à celui d'une trithérapie à base d'isentrés ou darunavir
9. Une surveillance prospective de ces prescriptions est préconisée dans les 2 corevih