

Nouvelles modalités de traitement de maintenance chez les patients en succès

Dr roland Landman

Hôpital Bichat Claude Bernard SMIT IMEA

Traitement ARV 2017

- **VIH La rançon du succès**

Gérer et prévenir

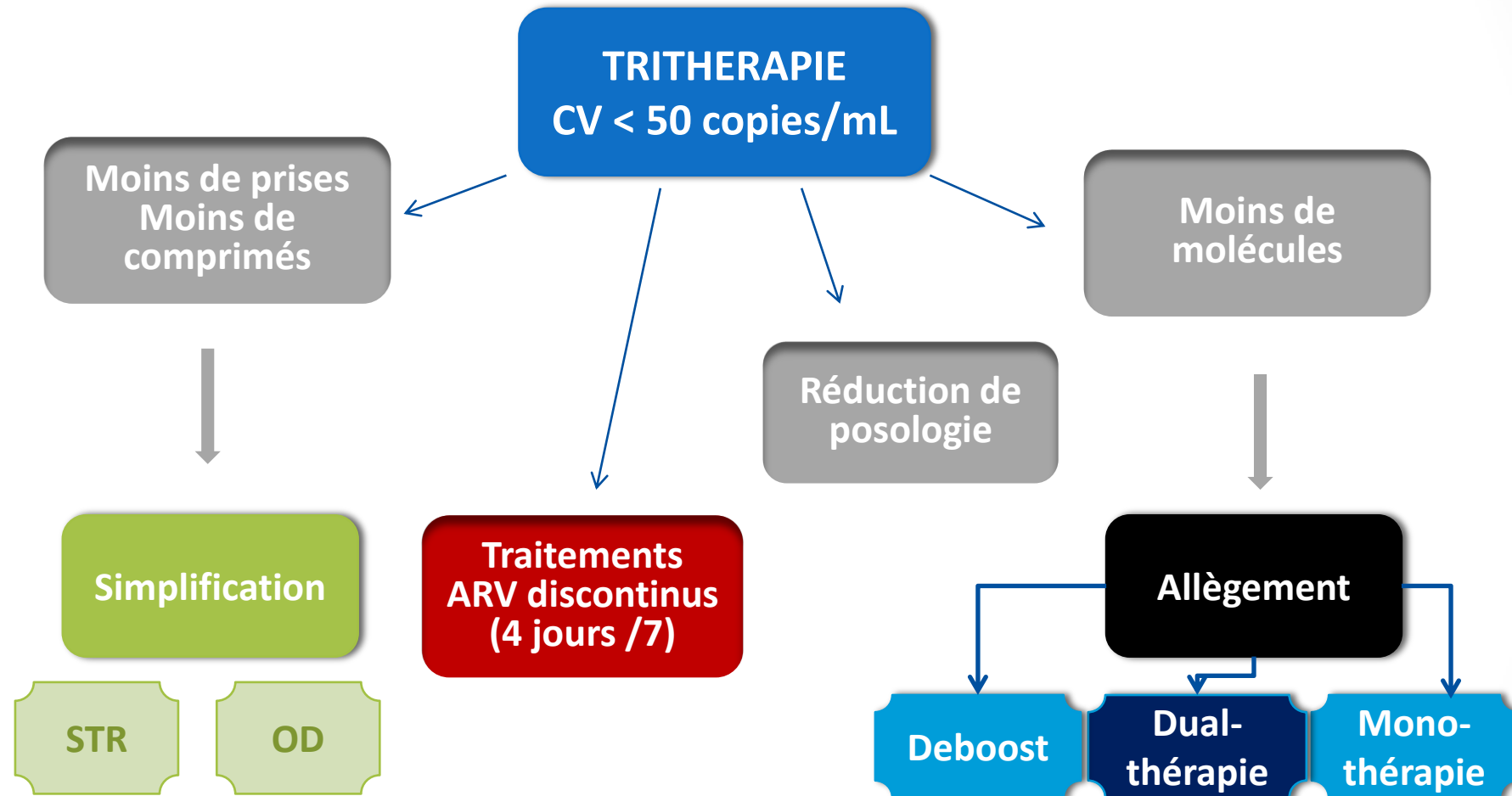
- toxicité /complications
- vieillissement
- comorbidités
- cancer

VIH S'installer dans la durée

- Maintenir dans le soin
- Alléger les traitements
- Minimiser poids ARV
- Alléger les prises
- Alléger /diversifier le suivi
- Réduire les coûts

En respectant sécurité

Optimisation du traitement : quelles options thérapeutiques en maintenance?



Schémas de bithérapies validés par des études

Essai (n pts)	Bras allégé	Comparateur	Situation	Recul, sem.	Efficacité virol.
GARDEL (426)	LPV/r + 3TC	LPV/r + 2NRTI	Induction	48	88% vs. 83 (Non-inf.)
ANDES (145)	DRV/r + 3TC	DRV/r + TDF + 3TC	Induction	24 (an. int.)	95% vs. 97 (Non-inf.)
NEAT 01 (805)	DRV/r + RAL	DRV/r + TDF/FTC	Induction	96	81% vs. 85 (Non-inf.)*
OLE (250)	LPV/r+3TC	LPV/R + 2NRTI	Maintenance	48	87.8% vs 86.6% (Non-inf)
ATLAS-M (266)	ATV/r + 3TC	ATV/r + 2 NRTI	Maintenance	48	90% vs. 80 (Sup.)
SALT (286)	ATV/r + 3TC	ATV/r + 2 NRTI	Maintenance	96	74% vs. 74 (Non-inf.)
DUAL (249)	DRV/r+3TC	DRV/r + 2NRTI	Maintenance	48	89% vs 93% (Non-inf.)
SWORD 1-2 (1024)	DTG + RPV	Trithérapie	Maintenance	48	95% vs. 95 (Non-inf.)**

* Moins bien si nadir <200; apparition de résistance aux INIs ** 1 cas de résistance émergente (K101K/E)

Bras allègement : pas de différence de reconstitution immunitaire, pas/peu plus de résistance émergente

Conclusion : des schémas avec IP/r + NRTI ou INI, INI + NNRTI sont aussi efficaces

Schémas de bithérapies en cours d'évaluation

Essai (n pts)	Bras allégé	Comparateur	Situation	Recul, sem.	Succès virol.
PADDLE (20)	DTG + 3TC	-	Induction	48	90% succès
ACTG5353 (120)	DTG + 3TC	-	Induction	48	90% succès*
GEMINI 1-2 (1400)	DTG + 3TC	DTG + TDF/FTC	Induction	24 (an. inter.)	Pas interrompu...
LAMIDOL (104)	DTG + 3TC	-	Maintenance	48	97% succès
TRULIGHT (222)	TDF/FTC	TDF/FTC + 3 ^e agent	Maintenance	48 (an. inter.)	91% succès**
ETRAL (160)	ETV + RAL	-	Maintenance	48	95% succès
LATTE 2 (309)	CABO + RPV IM / 8 ou 4 semaines	CABO + ABC/3TC	Maintenance	96	94%/87%/84% succès

* Une cas de résistance émergente chez un patient « chaotique » (R263K + M184V).

** Analyse planifiée sur le bras expérimental, permettant la poursuite de l'étude.

Bras allègement : pas/peu plus de résistance émergente

Ces stratégies paraissent intéressantes mais résultats d'études comparatives en cours

Quelles bithérapies sont recommandées en switch?

Acronyme de l'étude (réf)	Nb de patients	Traitement en cours au moment du switch	Traitements évalués		Critère principal		
Diminution du nombre d'ARV							
Passage à bithérapie IP + 1 INTI							
OLE (21)	250	1 INTI + FTC/3TC + 1 lopinavir/r	Etude randomisée 1/1	Poursuite du même traitement	ARN VIH < 50 c/mL à S48	86,6%	Non infériorité démontrée
				lopinavir/r + lamivudine		87,8%	
AtLaS (22)	40	2 INTI + atazanavir/r	Etude ouverte	atazanavir/r + lamivudine	ARN VIH < 50 c/mL à S48	95%	
ATLAS-M (HIV Glasgow 2016, Abs. O121)	266	2 INTI + atazanavir/r	Etude randomisée 1/1	Poursuite du même traitement	ARN VIH < 50 c/mL à S48 et S96	80%	Non infériorité démontrée
				atazanavir/r + lamivudine		90%	
DUAL (HIV Glasgow 2016, Abs. O331)	249	2 INTI + darunavir/r	Etude randomisée 1/1	Poursuite du même traitement	ARN VIH < 50 c/mL à S48	93%	Non infériorité démontrée
				darunavir/r + lamivudine		89%	
SALT (23)	286	2 INTI + 3ème agent (succès de première ligne)	Etude randomisée 1/1	2 INTI + atazanavir/r	ARN VIH < 50 c/mL à S48	78%	Non infériorité démontrée
				3TC + atazanavir/r		84%	
Maraviroc + raltégravir							
ROCnRAL (25)	44	2 INTI + 3ème agent (virus de tropisme R5)	Etude pilote ouverte	maraviroc 2 x 300 mg + raltégravir 2 x 400 mg	ARN VIH < 50 c/mL à S24	arrêt prématuré après 7 échecs dont 5 virologiques	
IP/r + raltégravir							
KITE (38)	60	2 INTI + 1 INNTI ou 1 IP/r	Etude randomisée 1/2	Poursuite du même traitement	ARN VIH < 50 c/mL à S48	92%	Non infériorité démontrée
				lopinavir/r 400/100 mg X 2/j + raltégravir 400 mg x 2/j		88%	
SPARE (39)	58	ténofovir/emtricitabine + lopinavir/r	Etude randomisée 1/1	Poursuite du même traitement	ARN VIH < 50 c/mL à S48	96,7%	Non infériorité démontrée
				darunavir/r + raltégravir 800 mg/j		85,7%	
INI + INNTI							
Reliquet (27)	39	traitement incluant de la névirapine, naïfs d'anti-intégrase	Etude pilote ouverte	névirapine 400 mg/j + raltégravir 2 x 400 mg/j	ARN VIH < 50 c/mL à S48	82%	
SWORD (CROI 2017, Abs. 44LB)	1024	2 INTI + 3ème agent	Etude randomisée 1/1	Poursuite du même traitement	ARN VIH < 50 c/mL à S48	95%	Non infériorité démontrée
				Dolutégravir 50 mg/j + rilpivirine 25 mg/j		95%	

Quelles bithérapies sont recommandées en switch?

Acronyme de l'étude (réf)	Nb de patients	Traitement en cours au moment du switch	Traitement évalué	Critère principal
Diminution du nombre d'ARV				
Passage à bithérapie IP + 1 INTI				
OLE (21)	250	1 INTI + FTC/3TC + 1 lopinavir/r	Etude randomisée 1/1 Poursuite du même traitement lopinavir/r + lamivudine	ARN VIH < 50 c/mL à S48 86,6% 87,8% Non infériorité démontrée
AtLaS (22)	40	2 INTI + atazanavir/r	Etude ouverte atazanavir/r + lamivudine	ARN VIH < 50 c/mL à S48 95%
ATLAS-M (HIV Glasgow 2016, Abs. O121)	266	2 INTI + atazanavir/r	Etude randomisée 1/1 Poursuite du même traitement atazanavir/r + lamivudine	ARN VIH < 50 c/mL à S48 et S96 80% 66% 90% 78% Non infériorité démontrée
DUAL (HIV Glasgow 2016, Abs. O331)	249	2 INTI + darunavir/r	Etude randomisée 1/1 Poursuite du même traitement darunavir/r + lamivudine	ARN VIH < 50 c/mL à S48 93% 89% Non infériorité démontrée
SALT (23)	286	2 INTI + 3ème agent (succès de première ligne)	Etude randomisée 1/1 2 INTI + atazanavir/r 3TC + atazanavir/r	ARN VIH < 50 c/mL à S48 78% 84% Non infériorité démontrée
Maraviroc + raltégravir				
ROCnRAL (25)	44	2 INTI + 3ème agent (virus de tropisme R5)	Etude pilote ouverte maraviroc 2 x 300 mg + raltégravir 2 x 400 mg	ARN VIH < 50 c/mL à S24 arrêt prématuré après 7 échecs dont 5 virologiques
IP/r + raltégravir				
KITE (38)	60	2 INTI + 1 INNTI ou 1 IP/r	Etude randomisée 1/2 Poursuite du même traitement lopinavir/r 400/100 mg X 2/j + raltégravir 400 mg x 2/j	ARN VIH < 50 c/mL à S48 92% 88% Non infériorité démontrée
SPARE (39)	58	ténofovir/emtricitabine + lopinavir/r	Etude randomisée 1/1 Poursuite du même traitement darunavir/r + raltégravir 800 mg/j	ARN VIH < 50 c/mL à S48 96,7% 85,7% Non infériorité démontrée
INI + INNTI				
Reliquet (27)	39	traitement incluant de la névirapine, naifs d'anti-intégrase	Etude pilote ouverte névirapine 400 mg/j + raltégravir 2 x 400 mg/j	ARN VIH < 50 c/mL à S48 82%
SWORD (CROI 2017, Abs. 44LB)	1024	2 INTI + .3 ^{ème} agent	Etude randomisée 1/1 Poursuite du même traitement Dolutégravir 50 mg/j + rilpivirine 25 mg/j	ARN VIH < 50 c/mL à S48 95% 95% Non infériorité démontrée

En résumé, en France :

- IP/r + 3TC : oui
- IP/r + RAL : non, sauf cas particulier
- DTG + RPV : oui (si pas d'ATCD d'échec)
- DTG + 3TC : pas encore...

Ce qui n'est pas actuellement recommandé

Switch Strategies for Virologically Suppressed Persons

Definition of virologically suppressed

Clinical trials exploring switching strategies have defined suppression as an HIV-VL < 50 copies/mL for at least 6 months.

Indications

1. **Documented toxicity** caused by one or more of the antiretrovirals included in the regimen. Examples of these reactive switches: lipoatrophy (d4T, AZT), central nervous system adverse events (EFV), diarrhoea (PI/r) and jaundice (ATV).
2. **Prevention of long-term toxicity.** Example of this proactive switch: prevention of lipoatrophy in persons receiving d4T or AZT.
3. **Avoid serious drug-drug interactions**
4. **Planned pregnancy**
5. **Ageing and/or co-morbidity** with a possible negative impact of drug(s) in current regimen, e.g. on CVD risk, metabolic parameters
6. **Simplification:** to reduce pill burden, adjust food restrictions and improve adherence.

Principles

6. Before switching, remaining treatment options in case of potential virological failure of the new regimen should be taken into consideration. For example, the development of the M184V RT mutation in HIV-positive persons who fail a 3TC-containing regimen might preclude the future use of all currently available single-tablet regimens.
7. Switches of single drugs with the same genetic barrier (for example EFV to RAL) is usually virologically safe in the absence of resistance to the new compound.
8. Clinicians should carefully review the possibility of drug-drug interactions with the new regimen.
9. If the switch implies discontinuing TDF and not starting TAF, clinicians should check the HBV status (avoid discontinuation of TDF in persons with chronic HBV and assess HBV vaccination status).
10. HIV-positive persons should be seen soon (e.g. 4 weeks) after treatment switches to check for maintenance of suppression and possible toxicity of the new regimen.
11. If a HIV-positive person receives and tolerates a regimen that is no longer a preferred option, there is no need to change. Example: persons tolerating EFV-containing regimens.
12. See online video lecture [How to Change ART](#) from the EACS online course Clinical Management of HIV.

Strategies not recommended

b. Specific two-drug combination, i.e. 1 NRTI + 1 NNRTI or 1 NRTI + 1 unboosted PI, 1 NRTI + RAL, 2 NRTIs, MVC + RAL, PI/r or PI/c + MVC, ATV/r or ATV/c + RAL

of the new regimen after the switch have actively excluded persons with prior virological failures.

4. A complete ARV history with HIV-VL, tolerability issues and cumulative genotypic resistance history should be analysed prior to any drug switch.
5. A PI/r or PI/c may be switched to unboosted ATV, an NNRTI, or an INSTI only if full activity of the 2 NRTIs remaining in the regimen can be guaranteed. Switches have to be planned especially carefully when they result in a decrease in the genetic barrier of the regimen in case of prior virologic failures. Clinicians should review the complete ARV history and available resistance test and HIV-VL results before switching, and ensure no drug-drug interactions may lead to suboptimal drug levels (e.g. unboosted ATV and TDF).

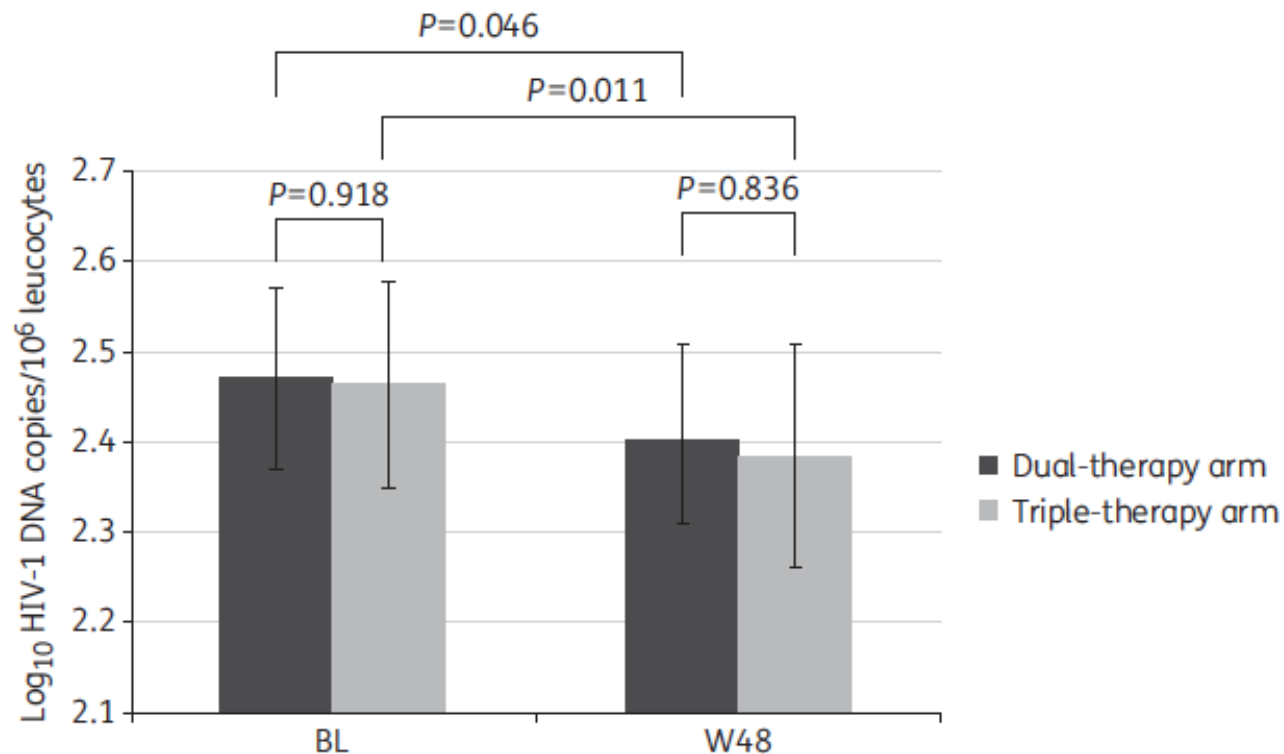
co-infection.

Boosted PI monotherapy with DRV/r or DRV/c qd or LPV/r bid might represent an option in persons with intolerance to NRTIs or for treatment simplification or in recreational drug users with documented frequent interruption of cART. This strategy is associated with more virological rebounds than continuing triple therapy. However, resistance occurs rarely, and suppression can be regained with nucleoside reintroduction.

Dual therapy: 3TC + DRV/r or + DRV/c or + LPV/r or + ATV/r or + ATV/c. In clinical trials this strategy has not been associated with more virological rebounds than triple therapy. It might therefore be a better option than PI/r or PI/c monotherapy.

Réservoirs

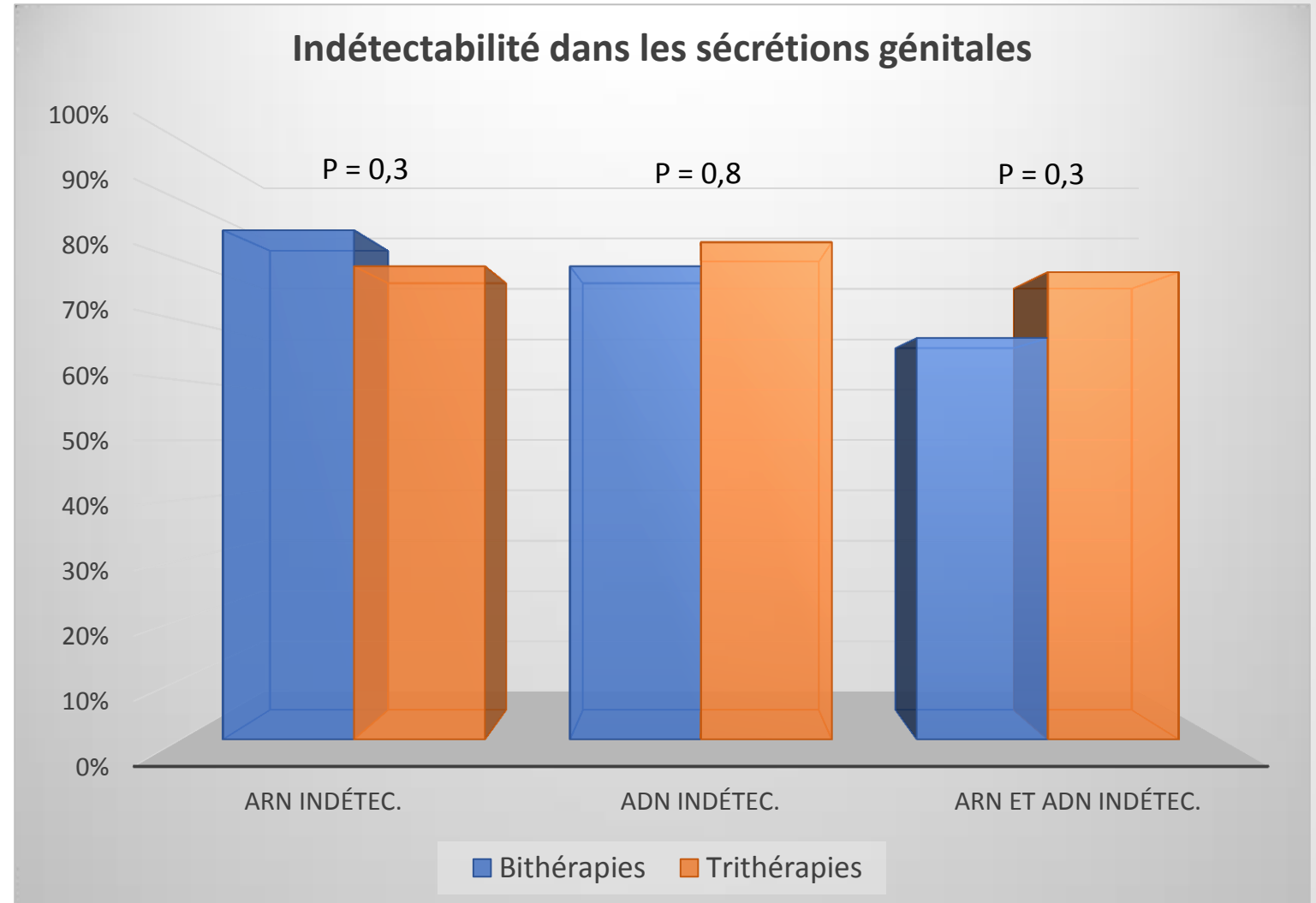
Evolution of blood-associated HIV-1 DNA levels after 48 weeks of switching to atazanavir/ritonavir+lamivudine dual therapy versus continuing triple therapy in the randomized AtLaS-M trial



Conclusions: When compared with continuing three-drug therapy, atazanavir/ritonavir+lamivudine dual therapy resulted in a similar decline in HIV-1 DNA levels in patients with sustained virological suppression. These data support the safety of this simplified treatment strategy in terms of its effect on the cellular HIV-1 reservoir.

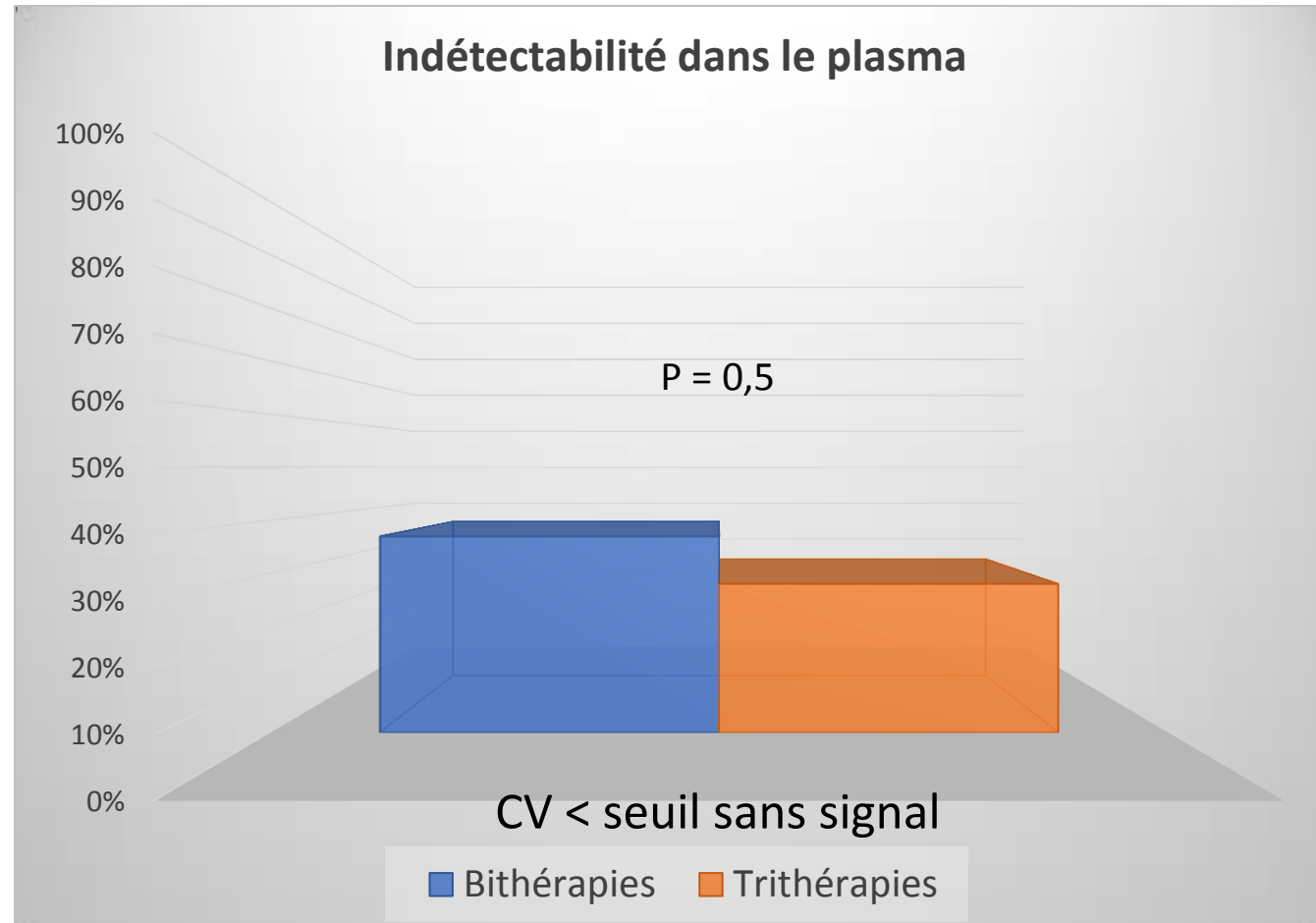
Que sait-on de l'efficacité au niveau génital ?

- Analyses poolées de sous-études génitales de 2 stratégies d'allègement :
 - TDF/FTC vs. TDF/FTC + 3^e agent
 - ATV + DTG vs. ATV + 2 NRTI
- A l'inclusion (médianes) :
 - CV <50 cp/ml depuis 5 ans
 - CD4 = 700/mm³
 - Allègement depuis 1 an (≥ 6 mois)
- Trithérapies (n=48), bithérapies (n=30)
- H = 59%, F = 41%



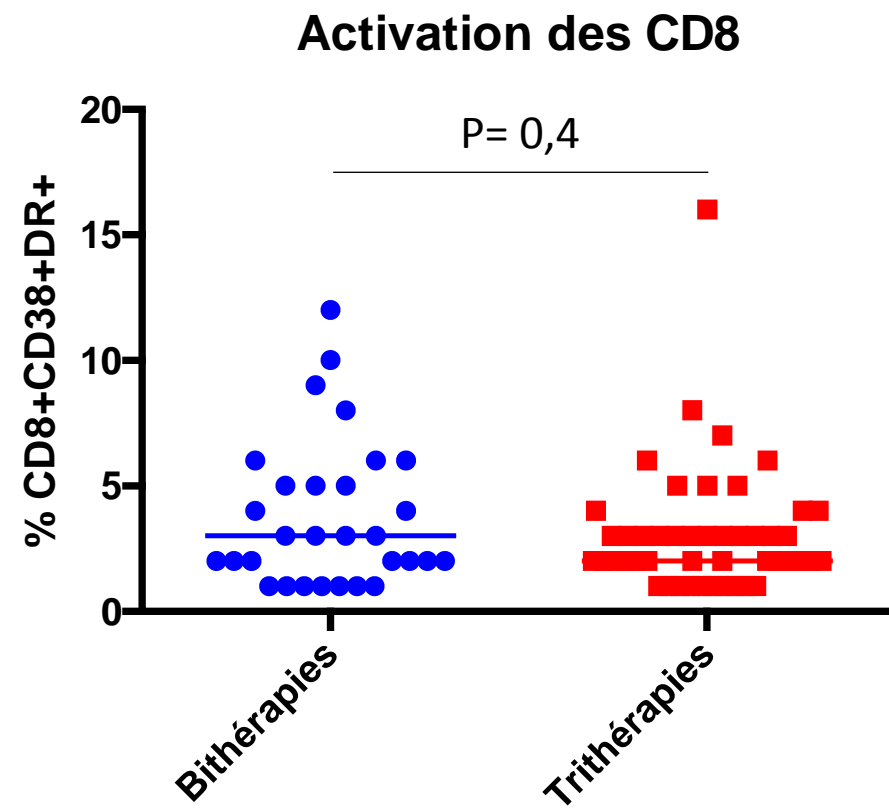
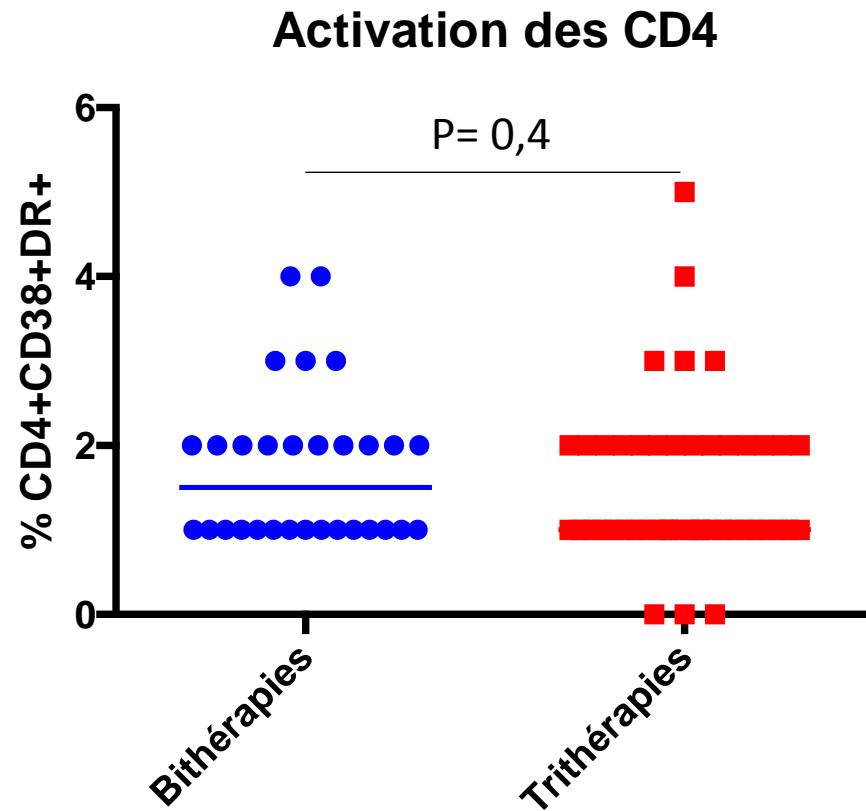
Réplication résiduelle plasm. (même étude)

- Bithérapies (n=30)
- Trithérapies (n=48)



Seuil de la technique
= 3 cp/ml

Activation des lymphocytes circulants (même étude)



- Bithérapies (n=30)
- Trithérapies (n=48)

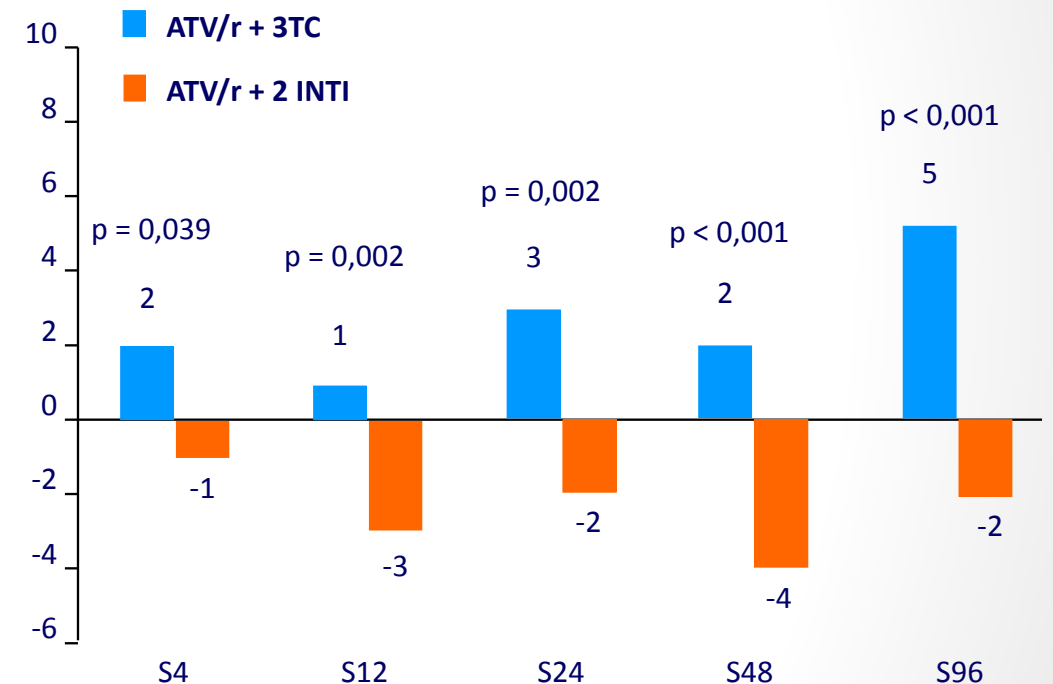
Réduire les EI (GARDEL, S48) / améliorer la DFGe (ATLAS-M, S96)

Réduction des EI avec LPV/r + 3TC vs. trithérapie

	Dual therapy (n=214)	Triple therapy (n=202)	p value
Total number of grade 2-3 AEs (possibly or probably drug related)*	65 (30%)	88 (44%)	0.007
Total number of patients with grade 2-3 AEs (possibly or probably drug related)*	43 (20%)	48 (24%)	0.43
Drug-related AEs (≥2% of patients in either group)			
Hyperlipidaemia	23 (11%)	16 (8%)	0.41
Diarrhoea†	14 (7%)	14 (7%)	0.97
Nausea†	2 (1%)	9 (4%)	0.05
Dyspepsia†	2 (1%)	6 (3%)	0.02
Serious AEs possibly or probably drug related‡	1 (<1%)	0 (0%)	..
Death	1 (<1%)	0 (0%)	..
Safety events leading to discontinuation (primary reason)	2 (1%)	11 (5%)§	..

Cahn P et al. Lancet Infect Dis 2014

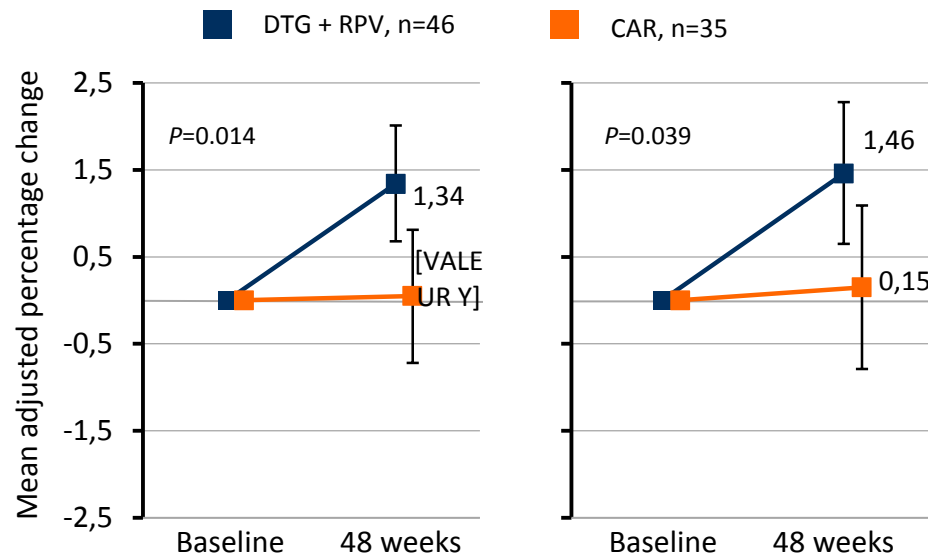
Modification moyenne DFGe (MDRD)



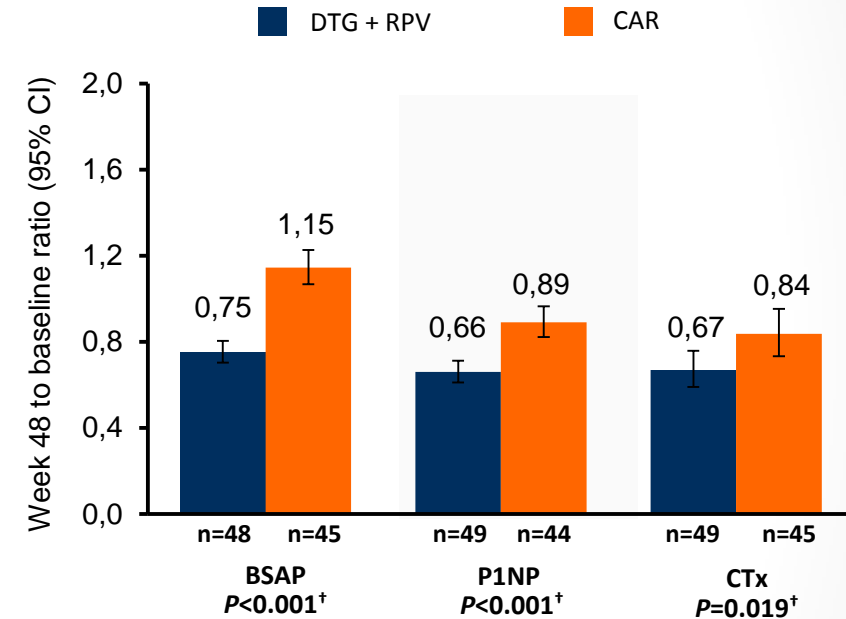
Gagliardini R, HIV Glasgow 2016, Abs. O121

Améliorer les paramètres osseux (SWORD DTG/RPV, S48)

Adjusted Change From Baseline in Total Hip and Lumbar Spine BMD (g/cm²) at Week 48*



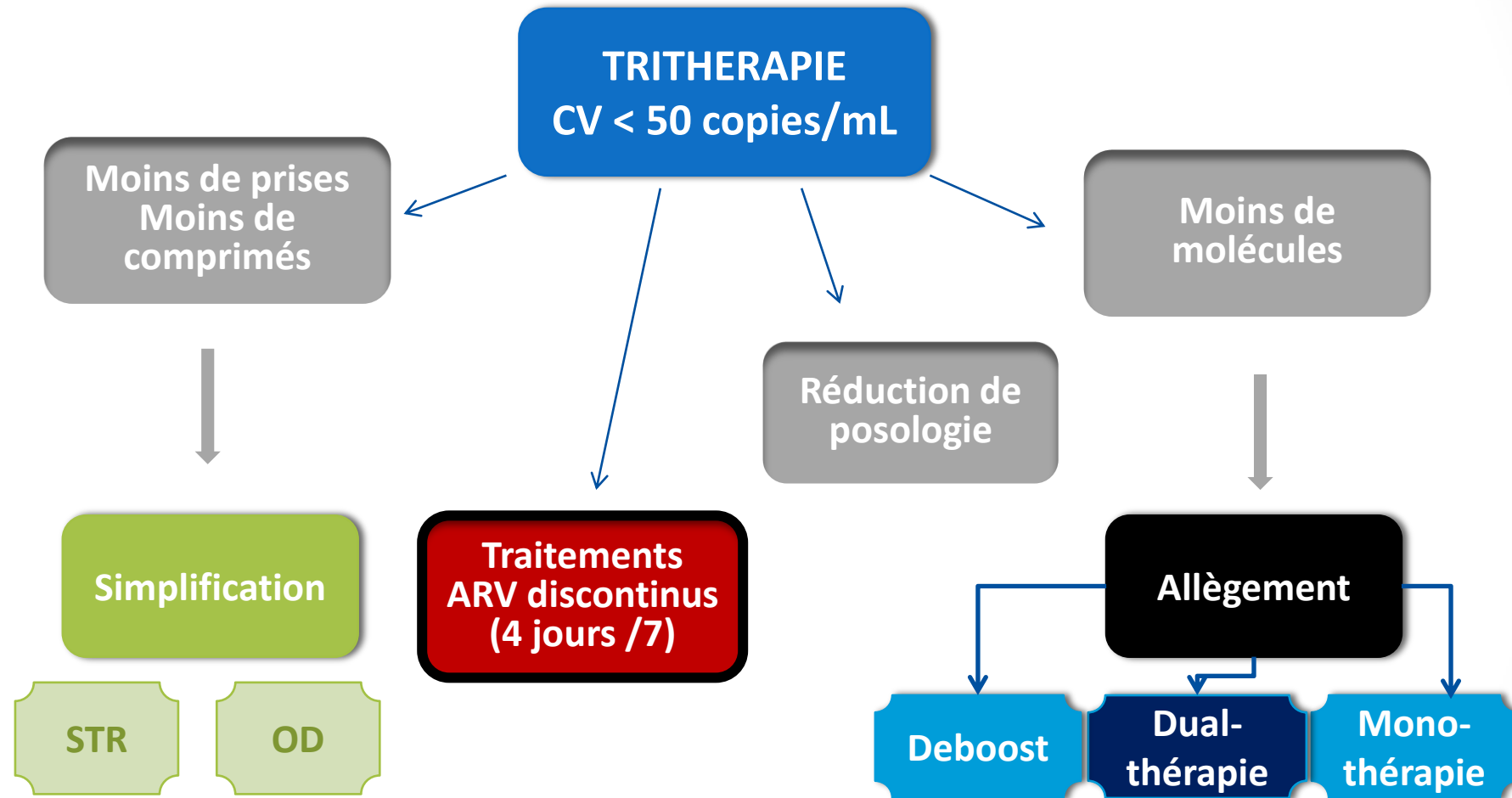
Adjusted Week 48 to Baseline Ratio in Bone Markers



- Changes in total hip and lumbar spine BMD were consistent across subgroups (ie, age, sex, BMI, baseline third-agent class)

BSAP, bone-specific alkaline phosphatase; CTx, type-1 collagen cross-linked C-telopeptide; P1NP, procollagen type 1 N-propeptide.

Optimisation du traitement : quelles options thérapeutiques en maintenance?



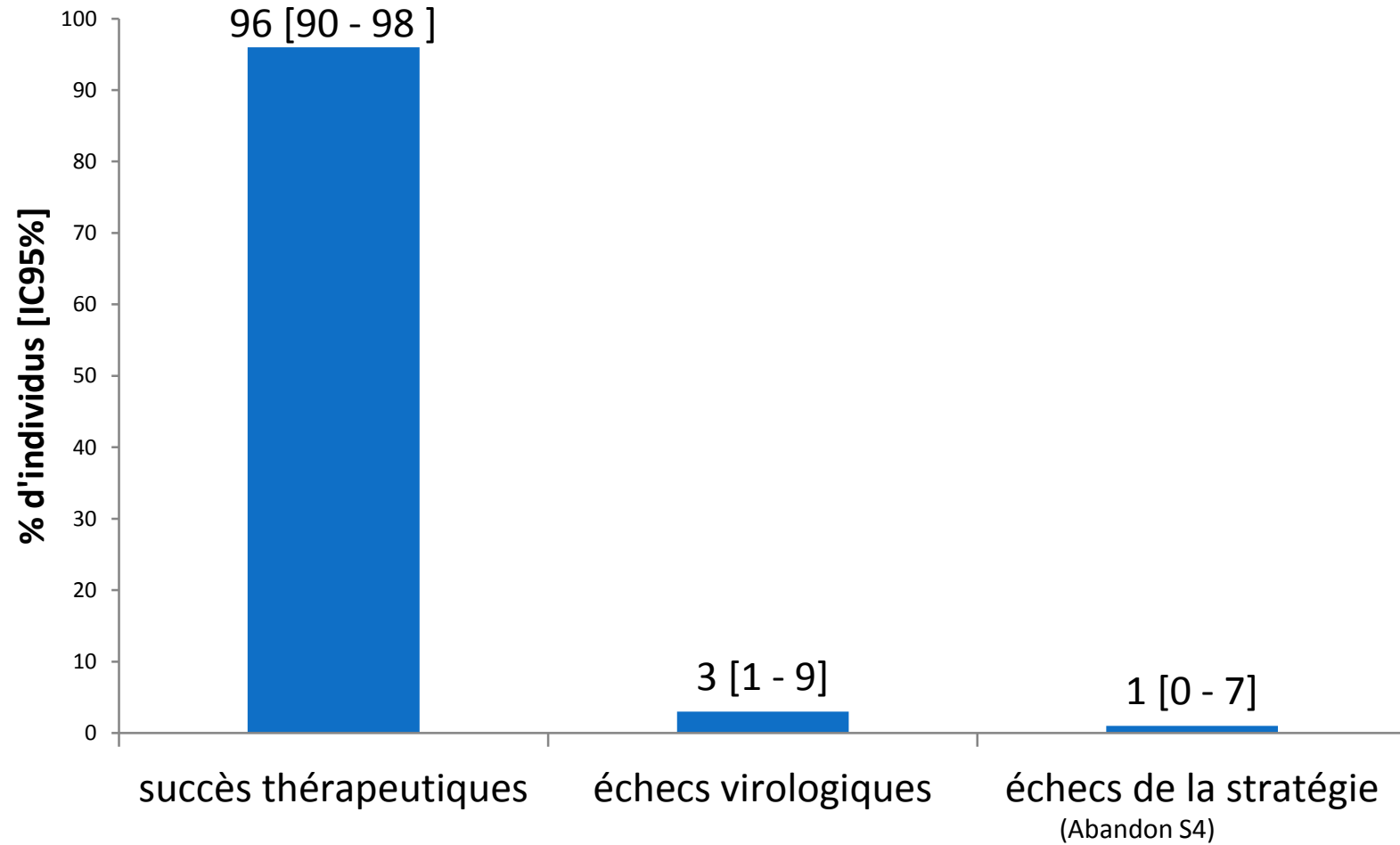
Traitements ARV discontinus avec contrôle permanent de la réplication virale

- Études « 7on-7off » (M. Dybul et al.): trithérapie avec IP, avec INNRT, 2001-2004:
18 patients, succès: 66%
- Etude FOTO (Cohen): 2 nucl.+EFV 5 jours/7, 2008: *53 patients, succès: 90%*
- Etude Ougandaise (J. Reynolds): trithérapie 5 jours/7, 2010: *113(57) patients, succès 87%*
- Etude adolescents (BJ Rudy), 2009: échecs liés aux critères d'inclusion inadéquats: X
- Expérience ICCARRE J. Leibowitch, 2010: trithérapies diverses *42 patients, succès 4j/7: 100%*
- Etude internationale BREATHER (jeunes), 2015: 2 nucl. + EFV, 5jrs/7 vs 7jrs/7
199 (98) patients, succès: 93,8%
- Actualisation ICCARRE J. Leibowitch 2015: *92 patients, succès 4j/7: 100%*
<4j/7: 85%

Taux de succès à S48 ANRS 4D ANRS 162

n= 100

(Estimation de Kaplan-Meier)



ICCARRE 2015:

paramètres d'activation: RAS

1 : 27 patients before ARV treatment

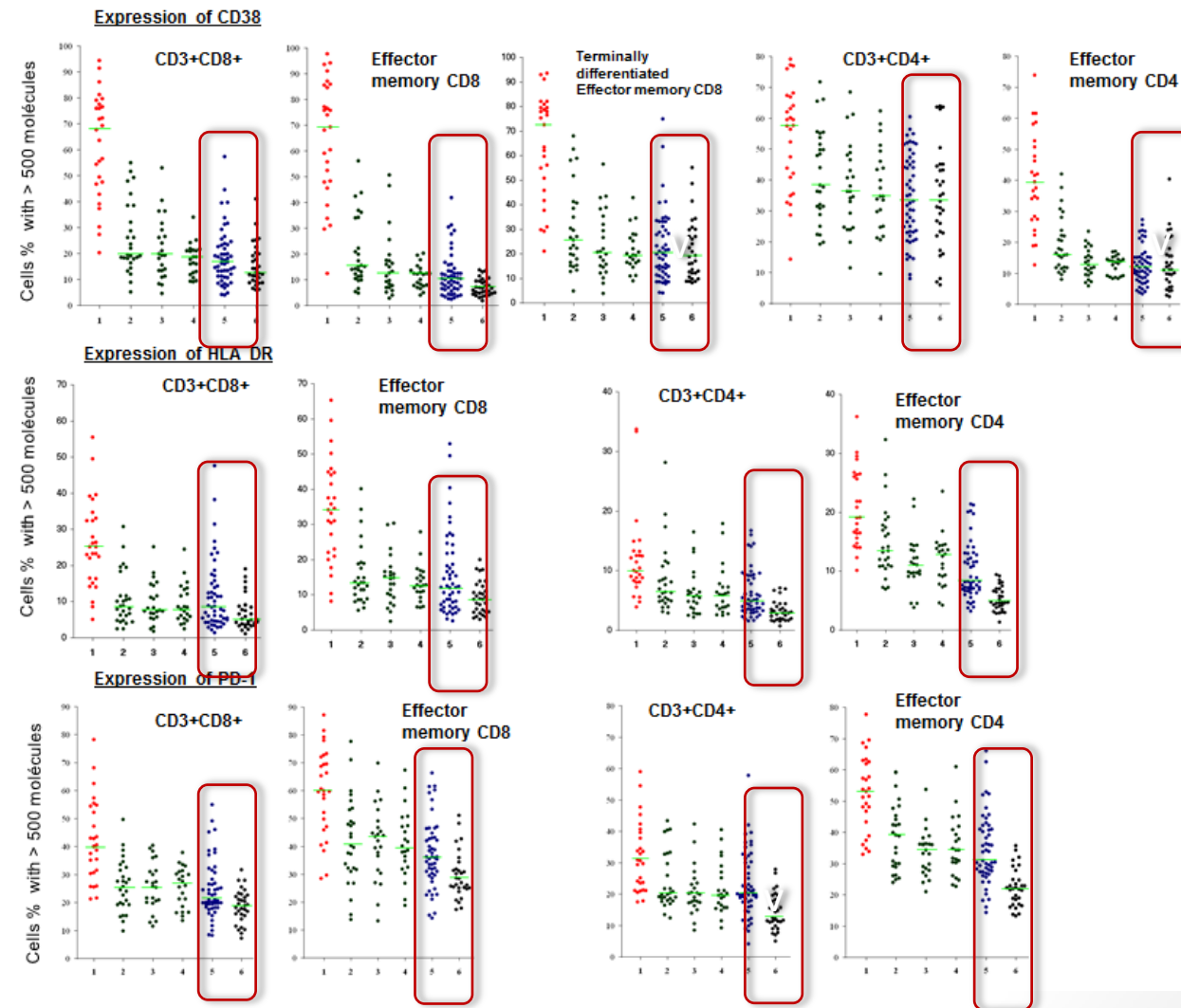
2 : 27 patients, ARV treatment 7 days /week – median duration 67 weeks

3 : 23 patients, ARV treatment **4 days/week** – median duration 223 wks

4 : 22 patients treatment **3, 2 or 1 D/week** – median duration 360 wks

5 : 51 control patients with long term standard treatment 7D/week – (duration 345 weeks)

6 : 31 HIV negative control



ICCARRE 2015: ADN viral

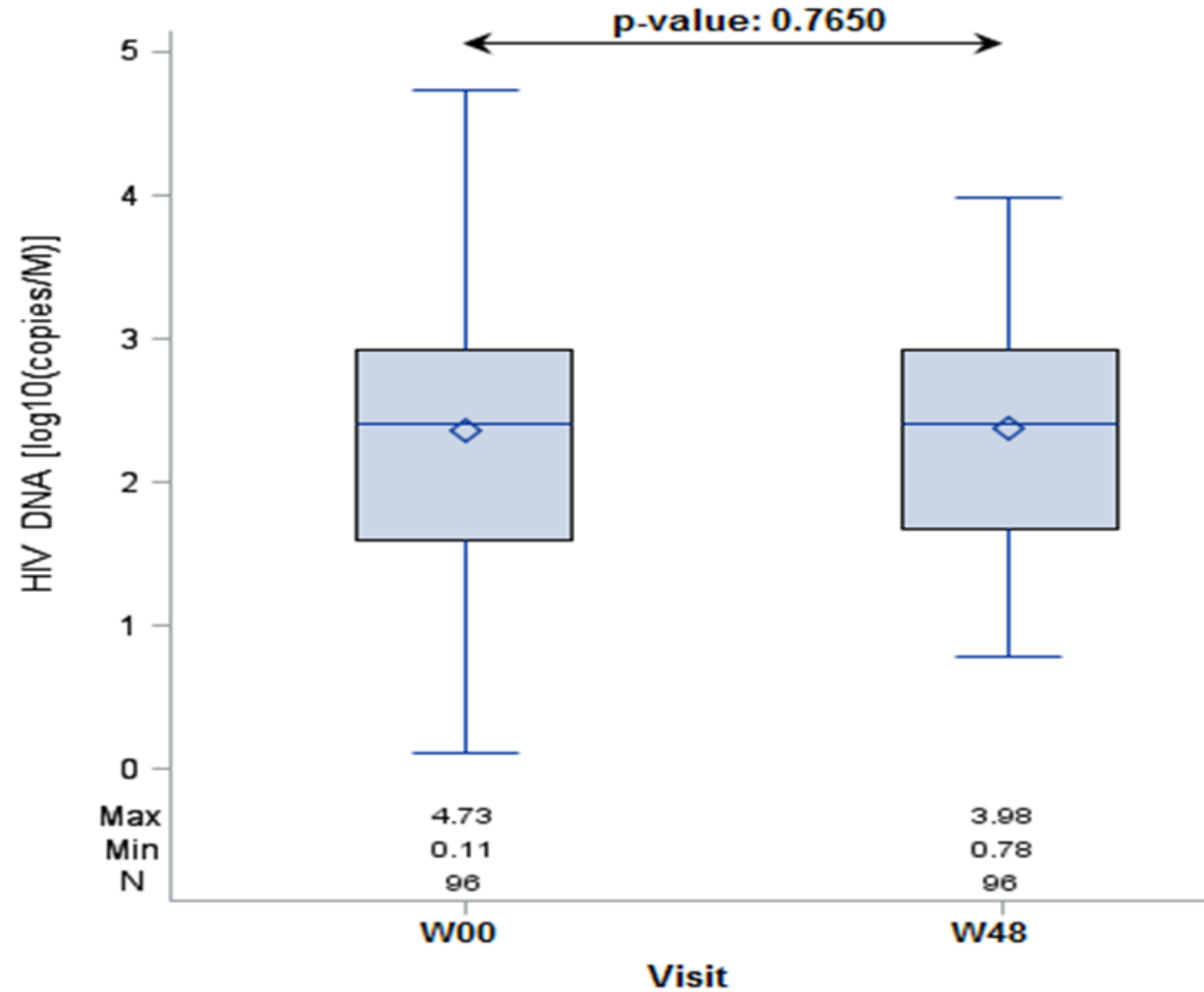
- Pas d'augmentation de la mesure du réservoir viral (ADN proviral)

Total cell-associated HIV DNA before/under intermittent maintenance treatment

	Before ART	7 day treatment	4 day treatment	3, 2, and 1 day treatment
Mean (\log_{10})	3.33	2.66	2.71	2.73
Median	3.47	2.80	2.73	2.66
Standard	0.49	0.47	0.50	0.35
Range	2.29–3.93	1.6–3.24	1.56–3.51	2.1–3.44
No. of patients	25	21	15	20

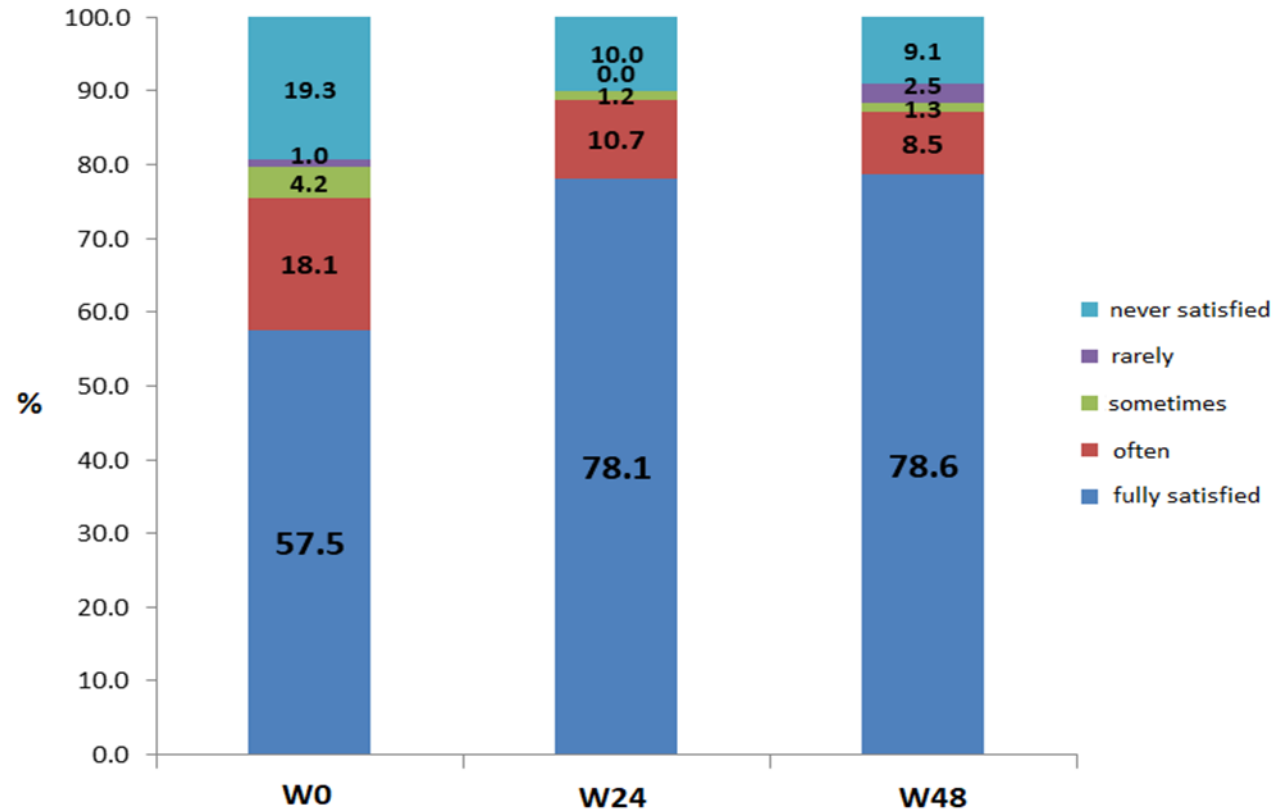
4D

Changes from baseline in HIV DNA in PBMC at week 48



4D

Satisfaction of the study strategy



The patients expressed a high degree of satisfaction with the 4/7 strategy: 78.6% were fully satisfied at W48, versus 57.5% at D0 (on the 7/7 strategy); 9.1% were not satisfied (versus 19.3% at D0), with an Odds ratio of 5.2 (95% CI 2.0 – 13.7, $p < 0.001$), estimated by GEE models.

ESSAI QUATUOR ANRS 170

Essai multicentrique, en ouvert, randomisé en 2 groupes parallèles, évaluant la non-infériorité d'un traitement de maintenance à 4 jours consécutifs sur 7 versus la poursuite du traitement antirétroviral en continu, chez des patients en succès thérapeutique sous ARV

n = 640

Perspectives essai QUATUOR ANRS 170

- Essai ANRS de stratégie indépendant de l'industrie pharmaceutique
- Traitement de maintenance efficace et bien toléré quelque soit la trithérapie initiale
- Réponse aux demandes des patients à moins de traitement ARV au long terme
- Sous études complémentaires non présentes dans 4D: PK IC, spermatique
- Coût efficace quelque soit le traitement initial
- Intégration de la stratégie 4 jours sur 7 dans les recommandations françaises et européennes
- Application dans les programmes des pays à faible revenus

AVANT ALLEGEMENT

- **Check-list à respecter pour ne pas risquer un échec virologique**
Démarche du domaine du connaisseur => besoin d'algorithme de décision
- Introduire de nouveaux ARV expose à la possibilité de nouveaux effets indésirables / toxicités / interactions...
- Nécessité de renforcer le suivi après le changement (M1, M3 puis tous les 6 mois)
- Il faut souvent déstructurer des traitements en comprimé unique journalier
(mais de nouveaux « combo » seront bientôt disponibles...)

Check-list avant d'envisager un allègement...

Switch Strategies for Virologically Suppressed Persons

Definition of virologically suppressed

Clinical trials exploring switching strategies have defined suppression as an HIV-VL < 50 copies/mL for at least 6 months.

3. The primary concern when switching should be to sustain and not to jeopardize virological suppression. In persons without prior virological failures and no archived resistance, switching regimens entail a low risk of subsequent failure if clinicians select one of the recommended combinations for first-line therapy. The majority of clinical trials showing non-inferiority of the new regimen after the switch have actively excluded persons with prior virological failures.

4. A complete ARV history with HIV-VL, tolerability issues and cumulative genotypic resistance history should be analysed prior to any drug switch.

2. **Prevention of long-term toxicity.** Example of this proactive switch: prevention of lipodystrophy in persons receiving d4T or AZT.
3. **Avoid serious drug-drug interactions**

3. The primary concern when switching should be to sustain and not to jeopardize virological suppression. In persons without prior virological failures and no archived resistance, switching regimens entail a low risk of subse-

5. A PI/r or PI/c may be switched to unboosted ATV, an NNRTI, or an INSTI only if full activity of the 2 NRTIs remaining in the regimen can be guaranteed. Switches have to be planned especially carefully when they result in a decrease in the genetic barrier of the regimen in case of prior virologic failures. Clinicians should review the complete ARV history and available resistance test and HIV-VL results before switching, and ensure no drug-drug interactions may lead to suboptimal drug levels (e.g. unboosted ATV and TDF).

6. Before switching, remaining treatment options in case of potential virological failure of the new regimen should be taken into consideration. For example, the development of the M184V RT mutation in HIV-positive persons who fail a 3TC-containing regimen might preclude the future use of all currently available single-tablet regimens.

9. If the switch implies discontinuing TDF and not starting TAF, clinicians should check the HBV status (avoid discontinuation of TDF in persons with chronic HBV and assess HBV vaccination status).

If the switch implies discontinuing TDF and not starting TAF, clinicians should check the HBV status (avoid discontinuation of TDF in persons

10. HI
sw
the
11. If
lor
tolerating ERV-containing regimens.

12. See online video lecture [How to Change ART](#) from the EACS online course Clinical Management of HIV.

Strategies not recommended

- a. Intermittent therapy, sequential or prolonged treatment interruptions
- b. Specific two-drug combination, i.e. 1 NRTI + 1 NNRTI or 1 NRTI + 1 unboosted PI, 1 NRTI + RAL, 2 NRTIs, MVC + RAL, PI/r or PI/c + MVC, ATV/r or ATV/c + RAL
- c. Triple NRTIs combinations

Class-sparing strategies

PI/r monotherapy and dual therapy with 3TC+ PI/r may only be given to persons without a) resistance to the PI, b) suppression of HIV-VL to < 50 copies/mL for at least the past 6 months and c) absence of chronic HBV co-infection.

Boosted PI monotherapy with DRV/r or DRV/c qd or LPV/r bid might represent an option in persons with intolerance to NRTIs or for treatment simplification or in recreational drug users with documented frequent interruption of cART. This strategy is associated with more virological rebounds than continuing triple therapy. However, resistance occurs rarely, and suppression can be regained with nucleoside reintroduction.

Dual therapy: 3TC + DRV/r or + DRV/c or + LPV/r or + ATV/r or + ATV/c. In clinical trials this strategy has not been associated with more virological rebounds than triple therapy. It might therefore be a better option than PI/r or PI/c monotherapy.

Less-drug regimen including in maintenance treatment of treatment of HIV infection: how, who, when, why?

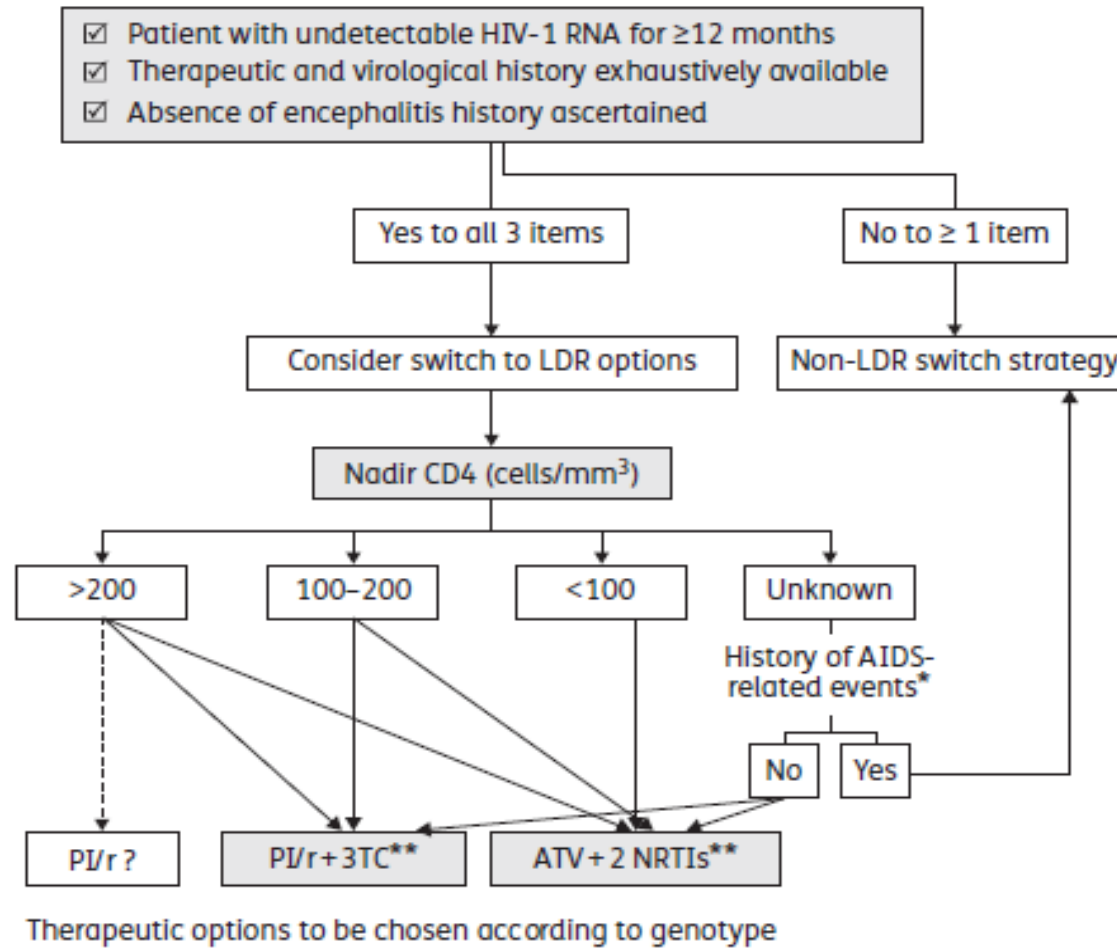


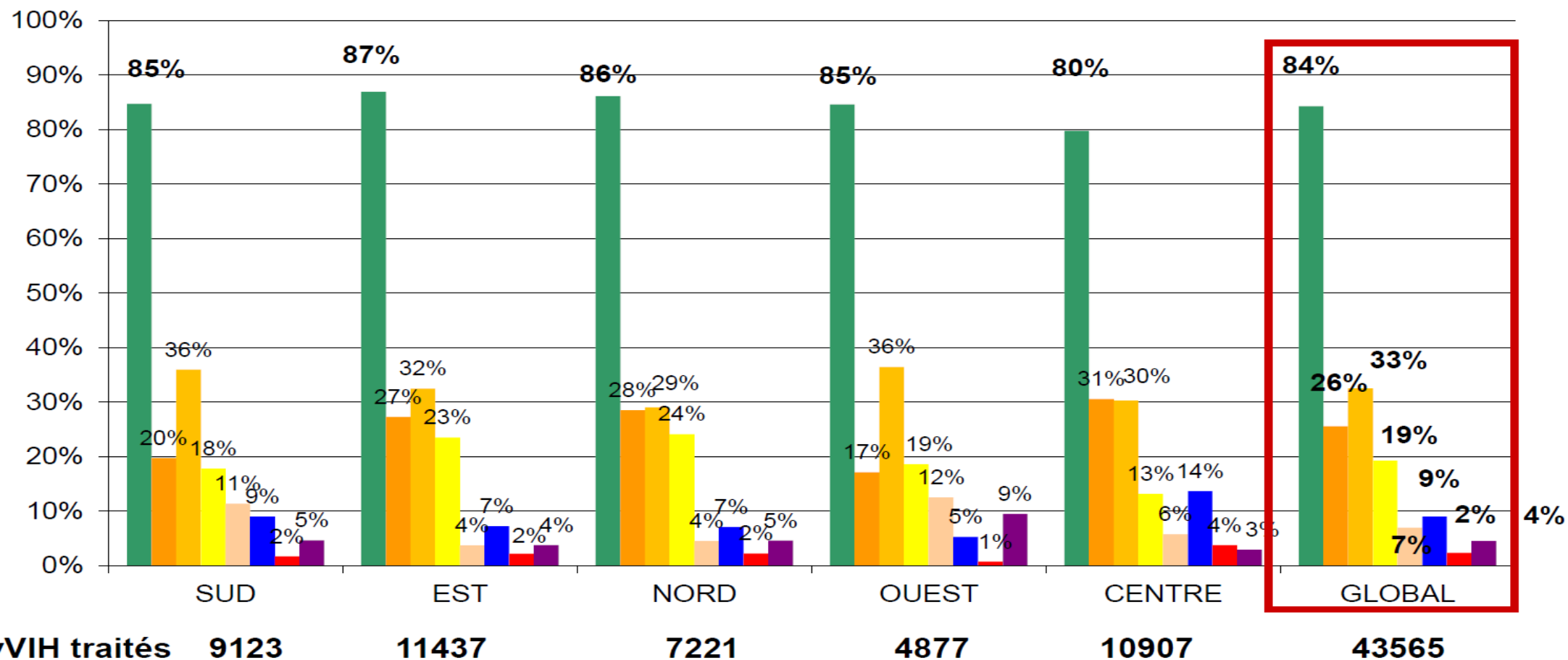
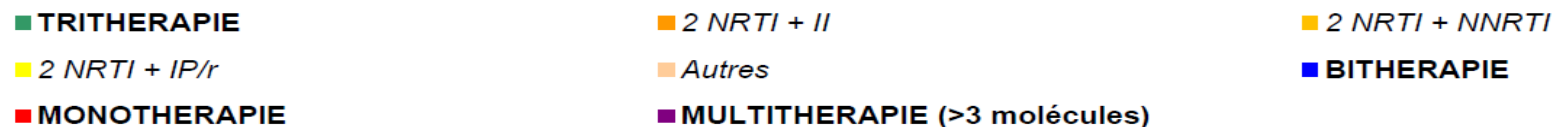
Figure 1. Proposed algorithm regarding switch to PI-based LDR as a maintenance therapy in patients with virological suppression on ART.
 *Excepting TB. **Tenofovir disoproxil fumarate sparing should not be considered in patients with HBV coinfection. ATV, atazanavir; 3TC, lamivudine.

Principaux critères d'inclusion 4D

- Patient(e) âgé de 18 ans ou plus
- Infection par le VIH-1 documentée
- **Charge virale VIH-1 plasmatique ≤ 50 copies/mL depuis au moins 12 mois**
- **taux de Lymphocytes CD4 $> 250/mm^3$ depuis au moins 6 mois.**
- Patient(e) recevant une trithérapie antirétrovirale exclusive depuis au moins 4 mois.

- **Au moins un génotype disponible dans l'histoire médical du patient montrant un virus sensible à toutes les molécules antirétrovirales en cours.**

Stratégies thérapeutiques – FA IDF



Répartition des différents schémas thérapeutiques par COREVIH et globalement

Conclusions

- Allègement thérapeutique par bithérapies est possible et validé avec IP/r+3TC, DTG + RPV : oui (si pas d'ATCD d'échec), mais autres bithérapies en cours de validation dont DTG + 3TC.
- Critères de sélection des patients les plus courants , cv indétectable depuis au moins 12 mois, nadir CD4 > 200/mm³, génotype sensible au traitement proposé, ag hbs- si arrêt TDF, demande du patient
- Confirmation de l'efficacité des traitements en 4 ou 5 jours par semaine pour IP et NNRTI. A confirmé dans un essai randomisé (QUATUOR) pour toutes les thérapeutiques (INI ++) en cours.
- Sous utilisation de l'allègement dans les cohortes (5-20% , 9% IDF en 2016), a discuter