

# ACTUALITÉS SUR LES DERNIÈRES RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE DU VIH



N. Dournon , Mardi 8 octobre 2024, journée des acteurs

# grossesse

## RECOMMANDATION

Grossesse et VIH :  
désir d'enfant, soins  
de la femme  
enceinte et  
prévention de la  
transmission mère-  
enfant

# Dépistage

- Idéalement avant la grossesse pour les 2 partenaires
- En début de grossesse pour toutes
- Au 3eme trimestre chez les femmes séronégatives exposées --  
-->PREP
- En salle de travail si statut inconnu

# Quel traitement

## Traitements ARV à privilégier

Choix préférentiel, une combinaison de 3 ARV aux posologies adaptées :

2 INTI :

- ABC/3TC (en l'absence d'allèle HLA B\*5701 ou de co-infection VHB)  
ou
- TDF ou TAF\*/FTC ou TDF + 3TC (\*dans la combinaison alternative TAF/FTC/RPV)

et un 3<sup>e</sup> agent :

- un IP : DRV/r  
ou
- un INI : DTG ou RAL

Choix alternatif de 3<sup>e</sup> agent : RPV

**Si découverte tardive >24 SA ou Primo : TDF/FTC ou TDF+3TC + DTG ou RAL**

## Antirétroviraux à éviter pendant la grossesse

- ARV pour le VIH pendant la grossesse : Bictarvy, dolutégravir, raltegravir, toutes les molécules de la classe des inhibiteurs de la protéase du VIH
- ARV pour le VIH pendant la grossesse : zidovudine, zalcitabine, didanosine, zalcitabine, zalcitabine, zalcitabine
- ARV exposant à un sous-dosage pendant la grossesse sans possibilité d'adaptation de posologie : Elvitegravir/cobicistat ou toute autre utilisation du cobicistat
- ARV injectables faute de données pharmacologiques et en l'absence de données de sécurité concernant le cabotegravir.

Par conséquent, Biktarvy peut être utilisé pendant la grossesse si les bénéfices potentiels du traitement sont supérieurs aux risques potentiels pour le fœtus. De plus, la charge virale doit d'autant plus être étroitement surveillée, conformément aux recommandations thérapeutiques établies. 22 août 2024



VIDAL

<https://www.vidal.fr> > Médicaments > BIKTARVY

[BIKTARVY 50 mg/200 mg/25 mg cp pellic - VIDAL](#)

Effisance pour la grossesse, dolutégravir, ainsi que

é pour l'enfant : Efavi-

1. Mode d'accouchement :

CV de 36 SA

- CV <50 copies/mL: voie basse
  - CV >400 copies/mL : césarienne programmée à 38 SA
  - CV entre 50 et 400 copies/mL : décision au cas par cas, optimisation du traitement ARV, contrôle rapproché de la charge virale avant l'accouchement
  - La césarienne non-programmée n'est pas associée à une réduction de la transmission mère-enfant
2. Indication de perfusion de ZDV pendant le travail : CV >50 copies/mL
3. Indication de NVP dose orale unique : si la mère n'a eu aucun traitement pendant la grossesse

# PEC du nouveau né

Tableau 3 . Modalités de la prophylaxie postnatale initiale chez le nouveau-né de mère VVIH en fonction du risque de transmission mère-enfant (en l'absence d'allaitement au sein)

	Traitement ARV à proposer
<b>Nouveau-né &gt; 34 SA</b>	
<b>Scénario optimal ou faible risque</b>	NVP 2 semaines <sup>1,2</sup> 3TC 2 semaines <sup>2,3</sup> Alternative ZDV 2 semaines <sup>4,5</sup>
<b>Haut risque (ou situation intermédiaire initiale)*</b>	ZDV + 3TC + NVP 2 semaines puis ZDV + 3TC 2 semaines <sup>1,5</sup> ZDV + 3TC + RAL 4 semaines <sup>3, 5</sup> ZDV + 3TC + LPV/r 4 semaines <sup>4,5</sup>
<b>Nouveau-né prématuré &lt; 34 SA</b>	
<b>Scénario optimal ou faible risque</b>	NVP J0, J2 et J6 <sup>1</sup> ZDV 2 semaines <sup>6</sup>
<b>Haut risque (ou situation intermédiaire initiale)*</b>	ZDV + 3TC + NVP 4 semaines <sup>1,6</sup>

## Diagnostic d'infection/non-infection

- PCR ARN VIH dans les 3 premiers jours de vie, à l'âge de 4 à 6 semaines, puis à l'âge de 3 mois. Pour affirmer l'absence d'infection à VIH chez le nouveau-né non allaité, il faut 2 PCR ARN VIH négatives après arrêt de la prophylaxie. Une sérologie VIH devra être réalisée entre 18 mois et 2 ans pour dépister d'exceptionnelles situations de transmission tardive
- Si le nourrisson est allaité, il faut une PCR ARN VIH négative 3 mois après la fin d'allaitement.



VIH et allaitement :  
lever le tabou !

# Allaitement

## Conditions requises pour envisager l'allaitement au sein par une mère vivant avec le VIH

- Traitement ARV débuté avant la conception ou au 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse
- Historique de suivi régulier, d'observance optimale au traitement ARV et aux visites
- Charge virale maternelle <50 copies/mL avec au moins 6 mois de contrôle virologique
- Engagement de suivi renforcé pendant toute la durée de l'allaitement au sein
- Capacité de l'équipe de réaliser l'accompagnement de la mère et de l'enfant.

Si l'un des critères n'est pas rempli, l'allaitement au sein est formellement déconseillé.

### Chez la mère

- CV plasmatique mensuelle pendant toute la durée de l'allaitement

### Chez l'enfant

- ARN et ADN VIH à M0, M1, M3, M6 et jusqu'à 3 mois après le sevrage complet

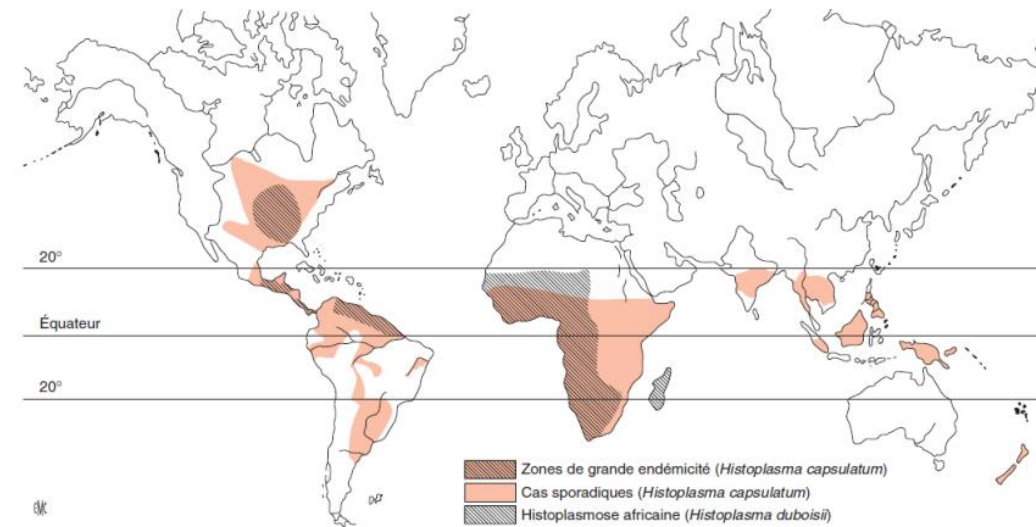
# Bilan initial, suivi infection VIH

# Quel bilan initial?

- Sérologie VIH : test ELISA de 4<sup>e</sup> génération et de confirmation par Western Blot avec différenciation VIH-1/VIH-2
- Numération des populations lymphocytaires T CD4/CD8
- Dosage de l'ARN VIH plasmatique (charge virale VIH)
- Test génotypique de résistance du VIH (transcriptase inverse, protéase, intégrase) et détermination du sous-type VIH-1
- Hémogramme avec plaquettes
- Transaminases,  $\gamma$ GT
- Créatininémie et estimation du DFG par la méthode CKD-EPI
- Glycémie à jeun
- Bilan lipidique : cholestérol total, LDL et HDL, triglycérides
- Recherche d'une albuminurie par le dosage du rapport albuminurie/créatininurie
- Marqueurs de l'hépatite virale B : Ag HBs, anticorps anti-HBs et anti-HBc
- Sérologie de l'hépatite virale C
- Sérologie de l'hépatite virale A [IgG]
- Sérologie de la syphilis
- Prélèvements PCR à la recherche d'IST (chlamydia, gonocoque) au niveau anal, urinaire, vaginal, pharyngé à adapter selon l'exposition au risque d'IST.

- Proposer programme ETP
- Mesures hygiéno-diététiques
- Evaluation des addictions et consommations à risque

- **Chez les femmes** : consultation gynécologique avec cytologie cervicovaginale à partir de 25 ans et test HPV-16 par PCR à partir de 30 ans
- **Chez les HSH de plus de 30 ans ; femmes aux antécédents de lésions précancéreuses vulvaires ou cervicales (HSIL ou CIN2), femmes transplantées depuis plus de 10 ans** : PCR HPV-16 anale
- **Chez les patients provenant d'une zone d'endémie tuberculeuse et / ou en situation de précarité sociale** :
  - Radiographie thoracique
  - Test IGRA pour le dépistage de la tuberculose latente
- **Si CD4 <200/μL**
  - Sérologie de la toxoplasmose
  - Antigénurie ou antigénémie histoplasmosse (si séjour en zone d'endémie et selon disponibilité du test)
- **Si CD4 <100/μL (en plus du bilan ci-dessus pour les CD4<200/μL)**
  - Dosage de l'antigène cryptococcique
  - Sérologie CMV et si sérologie positive : PCR CMV et réalisation d'un fond d'œil
- **Si traitement par abacavir envisagé** : Recherche de l'allèle HLA-B\*5701
- **Si >50 ans** : cf dépistage des comorbidités dans le bilan de suivi



## ZONE ENDEMIQUE HISTOPLASMOSE

# Suivi

**Le premier traitement ARV doit permettre de rendre la charge virale (CV) <50 copies/mL en 6 mois.**

Au cours des premiers mois de traitement, il convient de réaliser une mesure de la charge virale plasmatique :

- à M1, date à laquelle la CV doit avoir baissé d'au moins 2  $\log_{10}$  copies/mL;
- à M3, date à laquelle la CV doit être <400 copies/mL;
- à M6, date à laquelle la CV doit être <50 copies/mL.

□ Puis suivi semestriel

# DÉPISTAGE DES COMORBIDITÉS CHEZ UNE PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH

Recommandations de prise en charge du VIH - Rapport d'experts 2024



## BILAN ANNUEL

Interrogatoire / Examen clinique  
Situation sociale  
Statut vaccinal  
Hygiène de vie (nutrition et activité)  
Addiction (AUDIT, Fagerström, CAST)  
Santé mentale (PHQ9)  
Dépistage des IST  
Analyse du traitement  
Biologie<sup>1</sup>



## DÉPISTAGE HPV PAR PCR

**Cervical**  
**Cs. gynécologie**  
(Tous les 2 ans, jusqu'à 30 ans puis PCR HPV)

**Anal** (HSH et femmes à risque)



## ÉVALUATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Facteurs de risque  
Bilan lipidique  
Glycémie  
Equation SCORE2-OP



## CANCERS

Mammographie  
Recherche de sang dans les selles  
TDM thoracique (fumeurs ≥ à 20 AT)

Tous les 2 ans

Toucher rectal/PSA  
Tous les 2 à 4 ans



## OSTÉODENSITOMÉTRIE INITIALE

Femmes ménopausées  
Homme 60 ans  
Avec facteurs de risque



## TROUBLES COGNITIFS

Questionnaire de plainte cognitive  
Test MoCA



## ÉVALUATION GÉRIATRIQUE

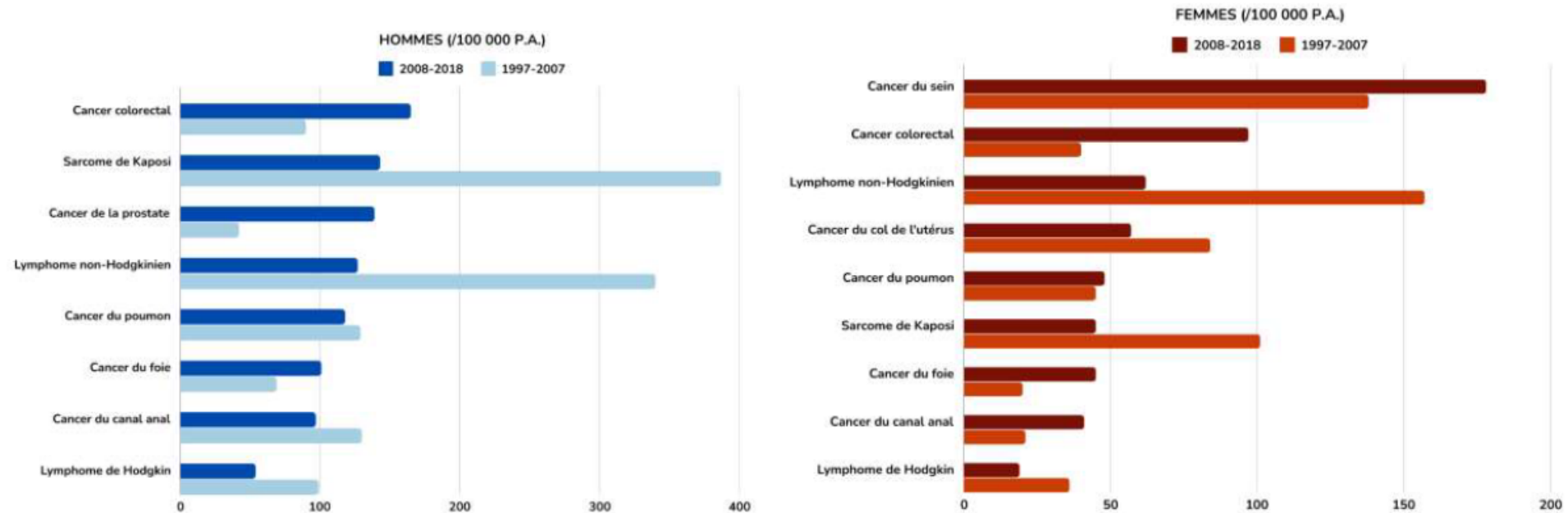
Courbe de poids  
Bilan nutritionnel / Albumine  
Fragilité (Questionnaire HAS)  
Risque de chute

Tous les 1 à 2 ans

<sup>1</sup> Biologie : ARN VIH plasmatique / Sous-populations lymphocytaires CD4 et CD8 (tous les 2 ans si CD4 > à 500/mm<sup>3</sup> / Transaminases, gamma-GT / Créatininémie avec DFG par la méthode CKD-EPI / Albuminurie sur créatininurie sur échantillon

# Dépistage des cancers

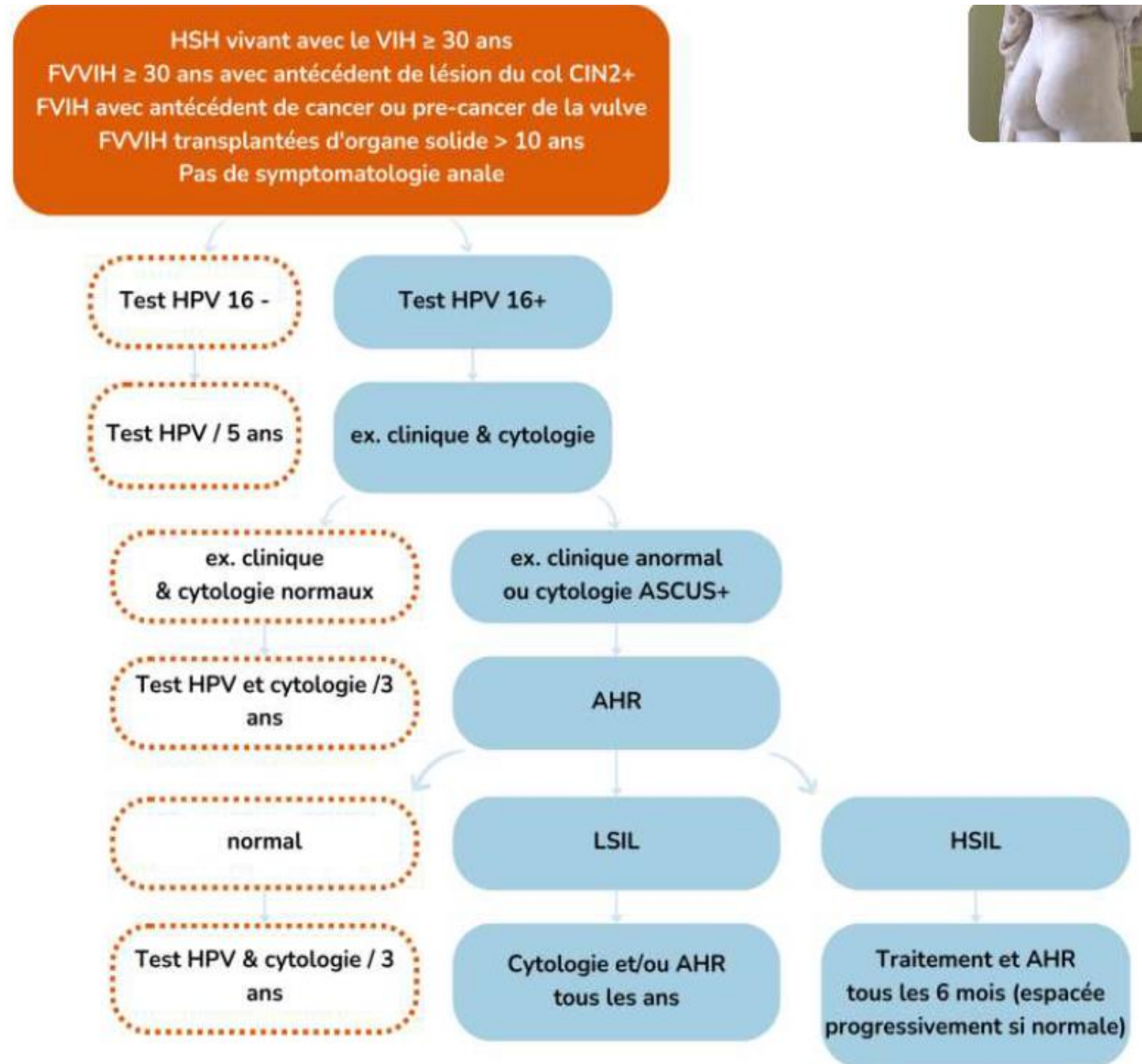
## Taux d'incidence bruts des principaux cancers entre 1997-2007 et 2008-2018



Données de la cohorte ANRS FHDH corrigé pour la sous-déclaration

# Recommandations pour le dépistage du cancer de l'anus

- Ex clinique proctologique : ex visuelle et toucher périanale, Toucher anal et rectal bas, anoscopie attentive  
L'application de cet algorithme en totalité nécessite
- l'achat des AHR
  - de former les proctologues et autres spécialistes à l'AHR
  - le remboursement de la PCR HPV-16
  - Quid des autres HPV-HR : ne pas rendre les résultats
  - En l'absence d'AHR, examen proctologique avec anoscopie simple





<b>Cancer du col</b>	FVVIH $\geq 25$ ans et $< 30$ ans, T CD4 actuels $\geq 350/\mu\text{L}$ , et nadir T CD4 $> 200/\mu\text{L}$ ,	Frottis avec cytologie	Annuelle deux fois, puis à 3 ans si normal (jusqu'à 30 ans)
	FVVIH $\geq 25$ ans et $< 30$ ans, T CD4 actuels $< 350/\mu\text{L}$ ou nadir T CD4 $\leq 200/\mu\text{L}$	Frottis avec cytologie	Annuelle (jusqu'à 30 ans)
	FVVIH $\geq 30$ ans, tout statut immunovirologique  A prolonger au-delà de 65 ans si antécédent de lésion CIN, ou de portage prolongé d'HPV-HR (études complémentaires nécessaires)	Test HPV-HR +/- cytologie si HPV-HR +	Tous les 5 ans (cf texte long)

## Dépistage du Cancer broncho-pulmonaire chez les PVVIH

Dépistage individuel au cas par cas

Age entre 50 et 74 ans, tabagisme >10 cigarettes/j pendant >30 ans ou >15 cigarettes/j pendant  $\geq$ 25 ans, possiblement sevré  $\leq$ 10 ans

ET information éclairée ET volontaire pour une démarche au sevrage tabagique

Arrêt du programme si sevrage tabagique  $\geq$ 10 ans, âge >74 ans après 3 scanners sans suspicion de cancer, ou survenue d'un critère de non inclusion

TDM thoracique faible dose sans injection de produit de contraste selon les recommandations (196)

Attente des recommandations de l'INCa. En attendant, selon recommandations de l'IFCT (cf texte long) (196)

# Carcinome hépatocellulaire

Fibrose F3 ou F4 quelle que soit la cause

Pour le VHB :

Score Page-B  $\geq 10$  (hommes  $\geq 40$  ans, ou  $\geq 16$  ans si plaquettes  $< 200$  G/L ; femmes  $\geq 70$  ans, ou  $\geq 40$  ans si plaquettes  $< 200$  G/L, ou  $\geq 30$  ans si plaquettes  $< 100$  G/L)

Durée d'exposition au virus prolongée : hommes  $\geq 40$  ans et femmes  $\geq 50$  ans ayant été contaminés à un âge jeune / dans l'enfance.

ATCD familial de carcinome hépatocellulaire

Échographie doppler hépatique

Tous les 6 mois

## Indications de suivi thérapeutique pharmacologique des ARV

Traitements intermittents (cycle de chimiothérapie)	Traitements continus (thérapie ciblée orale)
Avant démarrage du traitement anticancéreux si pas d'antériorité récente (<2 mois)	
Au moins 15 jours après la fin de la 1 <sup>re</sup> cure et idéalement après 2 ou 3 cures	A l'état d'équilibre, soit 15 jours à 1 mois après initiation
En cas de mucites ou troubles digestifs sévères pouvant affecter l'exposition des ARV, que ce soit pendant la cure ou en intercure	

- Quand ? Effet potentiellement significatif de l'anticancéreux (mais aussi co-médications et soins de support) est attendu sur l'exposition de l'ARV (perte d'efficacité ou toxicité ou risque de malabsorption)
  - Interactions pharmacodynamiques
  - Interactions pharmacocinétiques
- Dosage doit de préférence en période résiduelle (T12h ou T>20h selon la fréquence d'administration)



# Traitement



# 1er traitement

- Individualisé
- Objectif : adhésion et observance
  - ▣ Prendre en compte les craintes, réticences..
  - ▣ La CV, les CD4, les co infections...
  - ▣ Confirmation de l'infection indispensable

Examen biologiques	Résultat avant le début du traitement antirétroviral
Diagnostic confirmé de l'infection à VIH-1	Indispensable
Charge virale plasmatique VIH-1	Recommandé. Si non disponible, choisir un traitement en considérant que la CV >100 000 copies/mL
Numération des lymphocytes T CD4	Recommandé. Si non disponible choisir un traitement en considérant que les lymphocytes T CD4 <200/μL sauf si absence de lymphopénie sur la NFS. Résultat à obtenir rapidement pour prescrire une prophylaxie
Test de résistance génotypique	Recommandé. Si non disponible choisir un traitement ne nécessitant pas le résultat de ce test avant de débiter le traitement (voir tableau « choix du traitement selon les situations »)
Statut sérologique VHB (Ag HBs)	Recommandé. Si non disponible, choisir un traitement comportant du ténofovir
NFS, bilan rénal et hépatique	Recommandé. Résultats à obtenir rapidement si traitement débuté avant l'obtention des résultats
HLA B*5701	Recommandé si l'on envisage un traitement par abacavir

# Quel traitement?

Associations préférentielles	
<b>2 INTI / 1 INI</b>	
ABC/3TC/DTG	Contre-indiqué si HLA B*5701 positif Non recommandé en cas d'infection chronique par le VHB (Ag HBs + et/ou ADN VHB détectable), ou de contact antérieur avec le VHB (Ac anti-HBc +) et un risque élevé de réactivation
TAF/FTC/BIC	
<b>1 INTI / 1 INI</b>	
3TC/DTG	Non recommandé en cas d'infection chronique par le VHB (Ag HBs + et/ou ADN VHB détectable), ou de contact antérieur avec le VHB (Ac anti-HBc +) et un risque élevé de réactivation Non recommandé si lymphocytes T CD4 <200/ $\mu$ L (taux d'échec virologique plus important) Peu de données si ARN VIH plasmatique >500 000 copies/mL
<b>2 INTI / 1 INNTI</b>	
TDF/3TC/DOR	Peu de données si ARN VIH plasmatique >500 000 copies/mL

# Echec virologique

L'échec virologique est défini comme l'incapacité d'obtenir ou de maintenir le contrôle de la réplication virale sous traitement ARV, c'est-à-dire la mise en évidence, sur deux prélèvements consécutifs espacés de deux à quatre semaines, d'un ARN VIH-1 >50 copies/mL ou d'un ARN VIH-2 >40 copies/mL dans le plasma. (Grade A).

- Bilan de l'observance
- Bilan pharmacologique
- Bilan virologique:
  - Génotypage idéalement sous pression
  - Ré analyser les tests génotypiques : « geno cumulé »



# Echec virologique

Lorsque le traitement est modifié en raison de la détection de mutations de résistance, le nouveau schéma thérapeutique devra être construit avec **au moins deux et idéalement trois ARV actifs**, dont au moins un vis-à-vis duquel la barrière génétique du VIH à la résistance est élevée. (Grade A)

Le choix, si possible guidé par les résultats des tests de résistance génotypiques sur ARN, ou à défaut sur ADN proviral, se portera de préférence vers un traitement comportant un INI de 2<sup>e</sup> génération (BIC ou DTG) ou DRV/r associé à deux INTI. (Grade A)

Après un changement de traitement ARV pour échec virologique, un contrôle précoce (à M1) de la CV et de la tolérance du nouveau traitement est nécessaire. (AE)

Si multiple résistance: discuter en RCP: lenacapavir, Fostemsavir, ibalizumab

# Succès virologique

- CV < 50 copies depuis > 6 mois
- But du switch:
  - ▣ Simplification
  - ▣ Prévention toxicité court et long terme
  - ▣ Grossesse
  - ▣ Interactions médicamenteuses ...

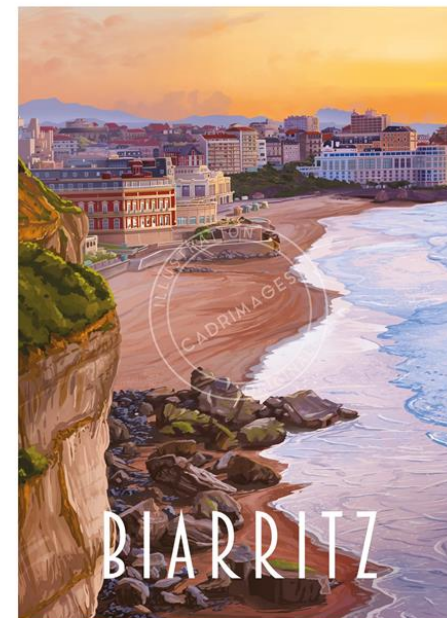
## ■ Bithérapie

In persons with suppression of HIV-VL < 50 copies/mL for the past 6 months these dual therapy strategies should only be given if there is

- a) no historical resistance and
- b) HBV immunity with anti-HBs antibodies (if non-immune provide HBV Vaccination, if isolated HBc antibodies see the section on [Treatment and Monitoring of Persons with HBV/HIV Co-infection](#) for details)

**Oral dual therapies supported by large randomized clinical trials or meta-analyses:**

DTG + RPV  
XTC + DTG  
XTC + DRV/b



# Succès virologique



## Long-acting intramuscular dual therapy CAB + RPV

- The use of oral lead-in (1 month) is optional
- Injections are administered every 2 months. In case of bridging, see the section on [Drug-Drug Interactions after Oral and Intramuscular Administration of CAB and RPV](#)

Initiation phase (start on day of last oral pills)	Continuation phase
Day 0: CAB 600 mg/ RPV 900 mg Month 1: CAB 600 mg/ RPV 900 mg	From month 2 onwards: CAB 600 mg/ RPV 900 mg every 2 months

The following baseline factors, when combined, are associated with risk of virologic failure and resistance:

- Archived RPV-associated mutations
- HIV subtype A6/A1
- BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>

## Strategies not recommended

- Monotherapy
- Dual or triple NRTIs combinations
- Specific two-drug combination, i.e. 1 NRTI + 1 NNRTI or 1 NRTI + 1 unboosted PI, 1 NRTI + RAL, MVC + RAL, PI/b + MVC, ATV/b + RAL
- Intermittent therapy, sequential or prolonged treatment interruptions.  
In one open-label randomized study, 4 consecutive days a week of triple therapy was non inferior to 7 days a week, at 48 weeks in the context of close monitoring and counseling with visits every 3 months



# Suivi virologique

# Indication quantification ADN viral

## ADN VIH-1 :

**56.** Une détection et/ou quantification de l'ADN VIH-1 est indiquée dans les situations suivantes :

- Diagnostic chez les nourrissons nés de mère infectée par le VIH-1 [A];
- Suspicion de primo-infection VIH-1 sous PrEP ou TPE avec ARN VIH-1 négatif [A];
- Sérologie ELISA positive confirmée par Western blot avec ARN VIH-1 négatif [A];
- Difficultés diagnostiques en cas de Western blot VIH-1 atypique [A];
- Non recommandé de façon systématique avant un allègement thérapeutique. [AE]

## ADN VIH-2 :

**57.** Une détection de l'ADN VIH-2 est indiquée dans les situations suivantes :

- Diagnostic chez les nourrissons nés de mère infectée par le VIH-2 [A];
- Confirmation d'une co infection VIH1/VIH2 (si ARN VIH-2 indétectable) [A];
- Difficultés diagnostiques en cas de Western blot VIH-2 atypique. [A]

# Indication recherche de resistance

**38.** Il est recommandé de réaliser un test de résistance génotypique sur ARN VIH plasmatique :

- Au diagnostic (ou à l'instauration du traitement en absence de données antérieures) [A];
- En cas d'échec virologique, à réaliser sous pression de sélection. Un génotype réalisé après l'arrêt du traitement, en absence de pression de sélection, et n'ayant pas objectivé de mutations de résistance ne sera pas informatif. [A]

## 5.2.3. Quelles sont les indications des tests de résistance génotypiques dans l'ADN VIH-1 ?

**40.** Il est proposé de réaliser un test de résistance génotypique dans l'ADN VIH-1 cellulaire avant un changement de traitement ARV et/ou un allègement thérapeutique si les deux conditions suivantes sont réunies :

- Charge virale VIH-1 plasmatique indétectable ou faible avec impossibilité d'obtenir un génotype sur ARN [A];
- Absence de génotype sur l'ARN VIH dans l'histoire du patient ou génotypes incomplets (par exemple, absence de données sur le gène de l'intégrase, notion de réplication depuis le dernier génotype ARN) ou génotypes antérieurs non réinterprétables avec l'algorithme le plus récent. [A]

# Allègement

## **53. Avant d'envisager un allègement thérapeutique en trithérapie 4-5jours/7 ou en bithérapie (per os ou injectable), il est recommandé de :**

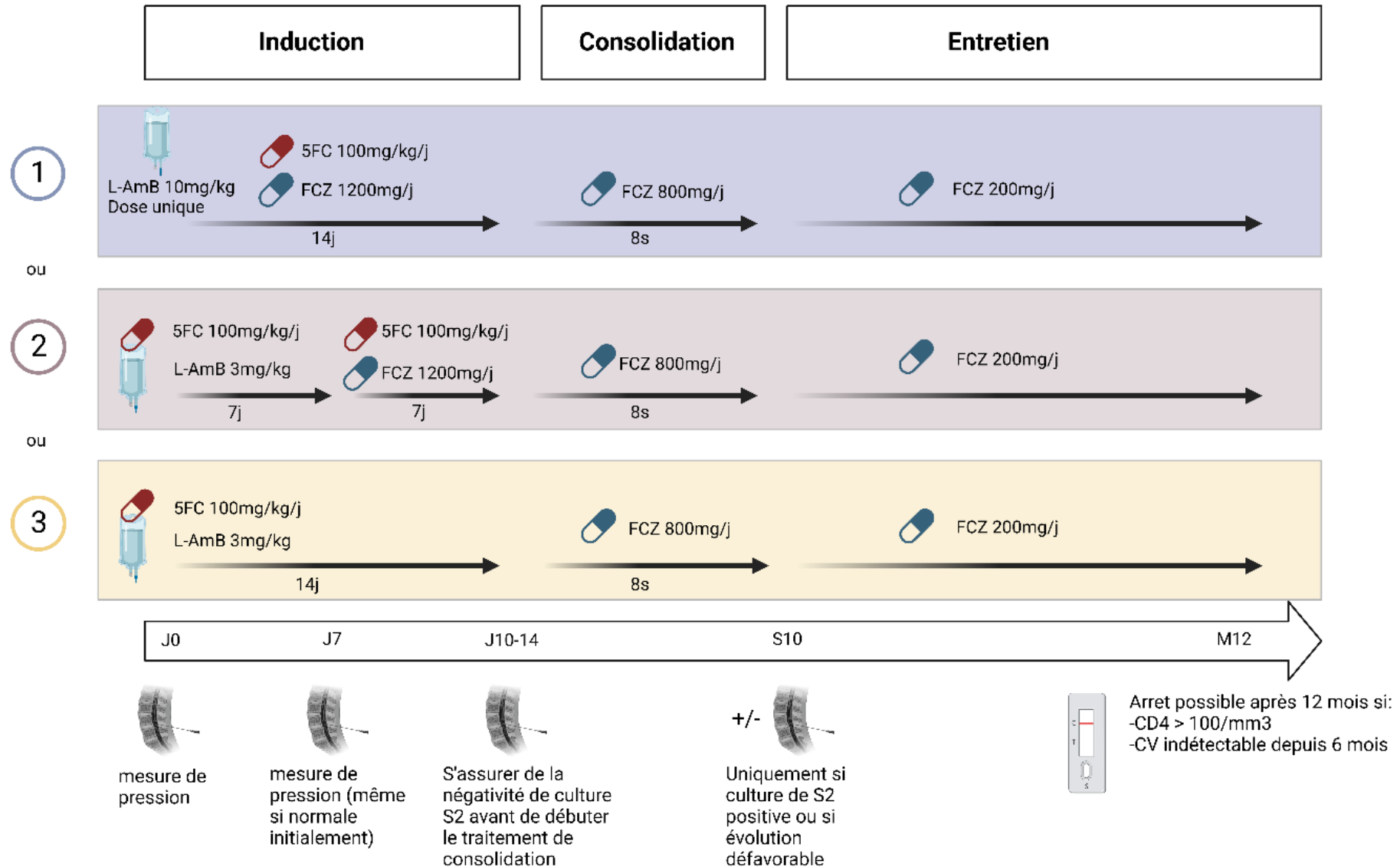
- Analyser l'histoire thérapeutique : antécédents d'échecs virologiques, notamment avec des antirétroviraux pour lesquels le VIH a une faible barrière génétique (INNTI ou INI de 1<sup>re</sup> génération) [A];
- Réaliser un génotype cumulé avec réinterprétation [A];
- Réaliser un génotype sur ADN VIH en l'absence de génotype disponible sur ARN lors des échecs ou si données incomplètes [AE];
- Avoir une connaissance du sous-type viral [A] ;
- Rechercher une infection évolutive par le VHB (Ag HBs+ et/ou ADN VHB+) ou une trace d'infection par le VHB (Ac anti-HBc+) : sérologie VHB, à contrôler si elle date de plus de 6 mois, sauf si antécédents d'Ac anti-HBs >10 mUI/mL isolés témoignant d'une vaccination efficace. L'interruption d'un traitement actif contre le VHB chez les patients porteurs d'Ac anti-HBc peut conduire à des réactivations virales VHB sévères pouvant avoir des conséquences dramatiques. [A] (cf. 54.)



# Complications infectieuses



# Cryptococcose



# Toxoplasmose

## Traitement curatif et prophylaxie secondaire de la Toxoplasmose :

	Traitement d'attaque	Prophylaxie secondaire
<b>Durée</b>	6 semaines	Jusqu'à CD4 >200/μL et CV indétectable >6 mois
<b>Première intention</b>	triméthoprime/sulfaméthoxazole 15/75 mg/kg/j en 3 prises	triméthoprime/sulfaméthoxazole 1 cp à 160/800 mg/j
<b>Deuxième intention</b>	pyriméthamine* 100 mg à J1 puis 50 mg/j + sulfadiazine** 100 mg/kg/j (sans dépasser 6g/j)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– triméthoprime/sulfaméthoxazole 1 cp à 160/800 mg/j</li> <li>– pyriméthamine* 25 mg/j + sulfadiazine** 50mg/kg/j</li> </ul>
<b>Alternatives</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– clindamycine 600 mg x 4/j et pyriméthamine* 100 mg à J1 puis 50 mg/j ; ajouter une prophylaxie de la pneumocystose</li> <li>– atovaquone 1500 mg x 2/j [hors AMM] et pyriméthamine* 100 mg à J1 puis 50 mg/j</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– clindamycine 600 mg x 2 à 3/j et pyriméthamine* 25 mg/j ; ajouter une prophylaxie de la pneumocystose</li> <li>– atovaquone 1500 mg/j [hors AMM]</li> </ul>

\* La pyriméthamine doit être associée à 25 mg 3x/sem d'acide folinique

\*\* La sulfadiazine doit être associée à une alcalinisation des urines

## Traitement curatif et prophylaxie secondaire de la Pneumocystose :

	Traitement d'attaque	Prophylaxie secondaire
<b>Durée</b>	21 jours	Jusqu'à CD4 >100/ $\mu$ L et CV indétectable >6 mois
<b>Si PaO<sub>2</sub> &lt;70 mmHg en air ambiant</b>	Corticothérapie : prednisone 80 mg/j en 2 prises de J1 à J5, puis 40 mg/j de J6 à J10 et 20 mg/j de J11 à J21	
<b>Première intention</b>	triméthoprime/sulfaméthoxazole 15/75 mg/kg/j en 3 prises	triméthoprime/sulfaméthoxazole 1 cp à 80/400 mg/j ou 1 cp à 160/800mg 3x/sem
<b>Deuxième intention</b>	Forme légère à modérée : – atovaquone 750 mg x 2/j  Forme sévère : privilégier tant que possible la poursuite du triméthoprime/sulfaméthoxazole – pentamidine IV 3-4 mg/kg/j – atovaquone 750mg x 2/j ← caspofungine 70 mg puis 50 mg/j [hors AMM]	atovaquone 1500 mg x 1/j [hors AMM]
<b>Alternatives</b>	– clindamycine 600-900 mg x3/j + primaquine 30 mg/j – triméthoprime 5 mg/kg/j + dapsonsone 100 mg/j	dapsonsone 100-200 mg 1x/sem + pyriméthamine 75 mg 1x/sem  Uniquement si séronégatif pour la toxoplasmose : – dapsonsone 100 mg/j – aérosol mensuel de pentamidine : 300 mg (avec nébuliseur adapté)

**Tableau 4 : Traitement curatif de la candidose oropharyngée et œsophagienne**

	Candidose oropharyngée	Candidose œsophagienne
<b>Première intention</b>	fluconazole 200 mg en dose de charge, puis 100 mg/j 7 jours	fluconazole 400 mg en dose de charge, puis 200 mg/j PO (ou IV en cas de troubles de déglutition) 14 jours
<b>Alternative</b>	Formulation topique : <ul style="list-style-type: none"> <li>– amphotéricine B suspension orale 1-2 g, 2-4x/j</li> <li>– miconazole un comprimé muco-adhésif à appliquer sur la gencive 1x/j</li> </ul>	Ne pas utiliser les formulations topiques
<b>Si échec, après réalisation de prélèvements microbiologiques :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– posaconazole en suspension 100 mg x2/j</li> <li>– voriconazole 200mg x2/j</li> <li>– isavuconazole 200 mg en dose de charge, puis 50 mg/j [hors AMM]</li> <li>– échinocandine (caspofungine [hors AMM], micafungine)</li> </ul>	

# Délai introduction des ARV

## Délai d'introduction des ARV

**Cas général, dont tuberculose extra-méningée et toxoplasmose** : Il est recommandé d'initier le traitement ARV dans les deux semaines suivant le début du traitement de l'infection opportuniste. (Grade A)

**Tuberculose neuroméningée** : Il est recommandé d'initier les ARV à partir de 4 semaines suivant le début du traitement. (Grade A) Une introduction plus précoce des ARV, à partir de deux semaines, peut être envisagée chez certains patients (les patients les plus immunodéprimés et ayant une évolution précoce favorable). (AE)

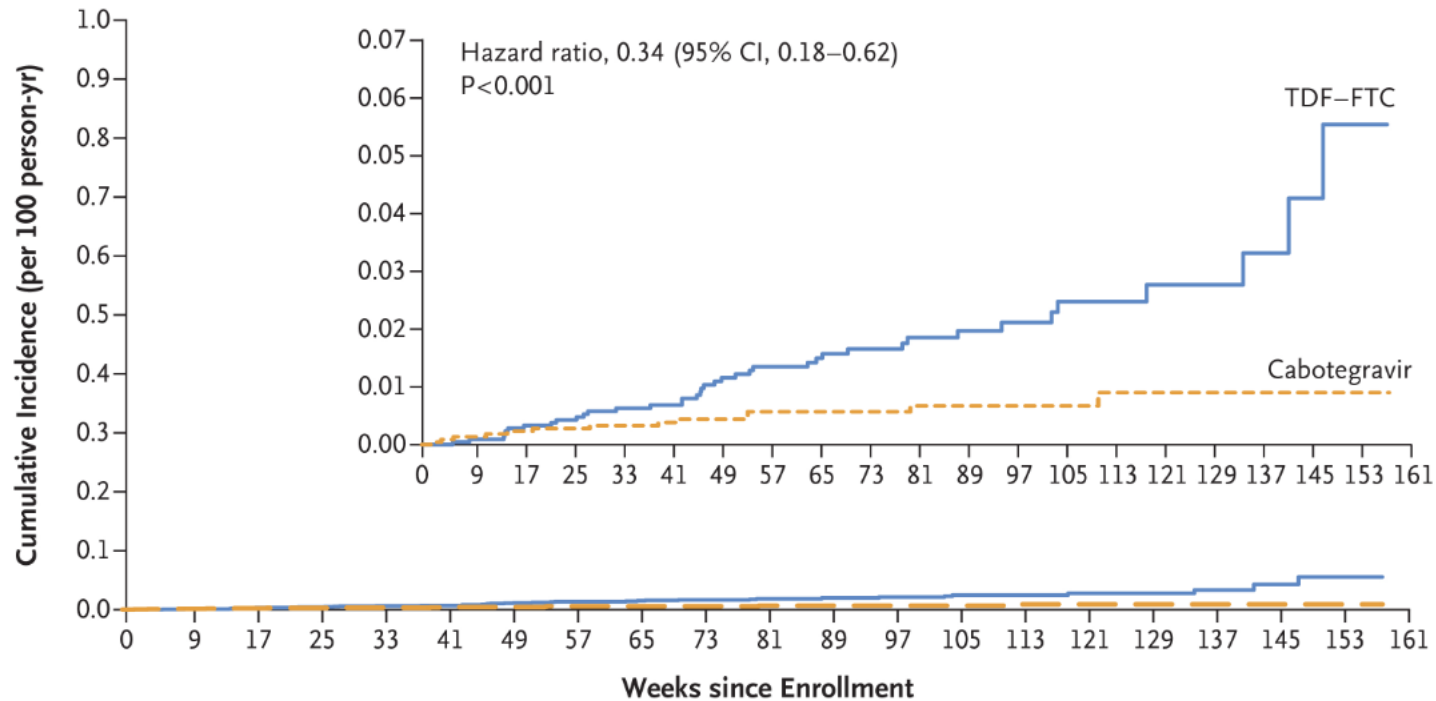
**Cryptococcose neuroméningée** : Il est préférable d'attendre 4-6 semaines de traitement antifongique bien conduit avant d'introduire les ARV. (Grade A) En cas d'évolution rapidement favorable, et sur avis d'un centre référent, une introduction plus précoce peut néanmoins être discutée. (AE)



prep

# Arrivée des injectables en PREP

**A Incident HIV Infection**



**No. at Risk**

TDF-FTC	2281	2132	2081	2019	1913	1765	1624	1494	1295	1132	965	817	644	517	401	311	231	150	85	33	0
Cabotegravir	2280	2138	2091	2031	1920	1776	1633	1489	1315	1124	957	798	644	503	401	318	243	173	111	42	0

La PrEP par CAB-LP injectable peut être proposée en alternative en cas de contre-indication à la PrEP par TDF/FTC (notamment insuffisance rénale) ou quand la PrEP orale ne peut être utilisée dans de bonnes conditions. (Grade A) Cependant, compte-tenu du risque de sélection de virus résistants aux inhibiteurs de l'intégrase (INI) en cas d'échec, des difficultés du diagnostic en cas d'infection incidente, et de la différence de coût de traitement entre CAB-LP et TDF/FTC en 2024, la PrEP injectable reste une indication de seconde intention. (AE)

Elle s'administre par injections intra-musculaires avec une dose de charge initiale (2 injections à 1 mois d'intervalle à M0 et M1), puis tous les 2 mois ensuite (M3, M5, M7...) avec un délai de +/- 7 jours pour les dates d'injections.



## Séroconversion VIH confirmée chez une personne ayant déjà pris de la PrEP TDF/FTC

**Pression de sélection possible sur le virus**  
**= la personne a été exposée au TDF/FTC**  
**après la dernière sérologie VIH négative**

**Pas de pression de sélection sur le virus**  
**= la personne n'a pas pris de TDF/FTC**  
**depuis la dernière sérologie VIH**  
**négative**

**Prélèvement d'un WB, d'une CV VIH-1, d'un génotype viral**

**Génotypage sur ADN proviral si CV indétectable**

Instauration rapide d'un traitement comportant 2 classes thérapeutiques hors inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase

- **DRV/r 800/100mg + DTG 50 mg**
- **Si risque d'interaction : BIC/FTC/TAF**

Instauration rapide d'un traitement antirétroviral selon les recommandations en cours

Adaptation secondaire selon le génotype avec surveillance virologique rapprochée après simplification (M1, M3, M6)

Charge virale et adaptation médicamenteuse à M1 en fonction du génotype

En cas d'infection VIH chez un patient ayant reçu une PrEP injectable par CAB-LP, l'association TDF/FTC (245/200 mg) + DRV/r 800/100 mg pourra être proposée compte-tenu du risque de sélection de mutations aux INI.

# Traitement post exposition

Idéalement dans les 4Heures

Jusqu'à 48 heures après l'exposition

Le traitement post-exposition recommandé en 1<sup>re</sup> intention est l'association de ténofovir disoproxil fumarate (TDF), lamivudine (3TC) ou emtricitabine (FTC) et de doravirine (DOR) :

- Soit comprimé unique quotidien de TDF/3TC/DOR (245/300/100 mg). Cette option combine l'avantage du comprimé unique et d'un coût réduit,
- Soit 2 comprimés en une prise quotidienne de TDF/FTC (245/200 mg) et DOR (100 mg). Cette option a l'avantage d'un coût encore plus bas que le comprimé unique. Quand cela est souhaité, elle permet d'enchaîner sur la PrEP par TDF/FTC en supprimant simplement le comprimé de DOR.

Risque et nature de l'exposition	Partenaire source vivant avec le VIH CV détectable	Partenaire source vivant avec le VIH CV <50 copies/ml et TARV ≥6 mois
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapports oro-génitaux	TPE non recommandé*	TPE non recommandé

**Tableau 2B : Indications au TPE après exposition sexuelle lorsque le statut VIH de la personne source ne peut pas être déterminé (classé par risque d'exposition)**

Risque et nature de l'exposition	HSH ou personne transgenre	Partenaire d'un groupe de prévalence ≥1% (hors HSH ou personne transgenre)*	Activité sexuelle en groupe et/ou sous produits psychoactifs, Violences sexuelles*	Autres situations avec partenaire de statut VIH inconnu
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE à discuter	TPE à discuter
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE à discuter	TPE à discuter	TPE non recommandé
Rapport vaginal	TPE recommandé	TPE à discuter	TPE à discuter	TPE non recommandé
Rapports oro-génitaux	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé
Projection cutanée ou muqueuse de sperme ou sécrétions génitales	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

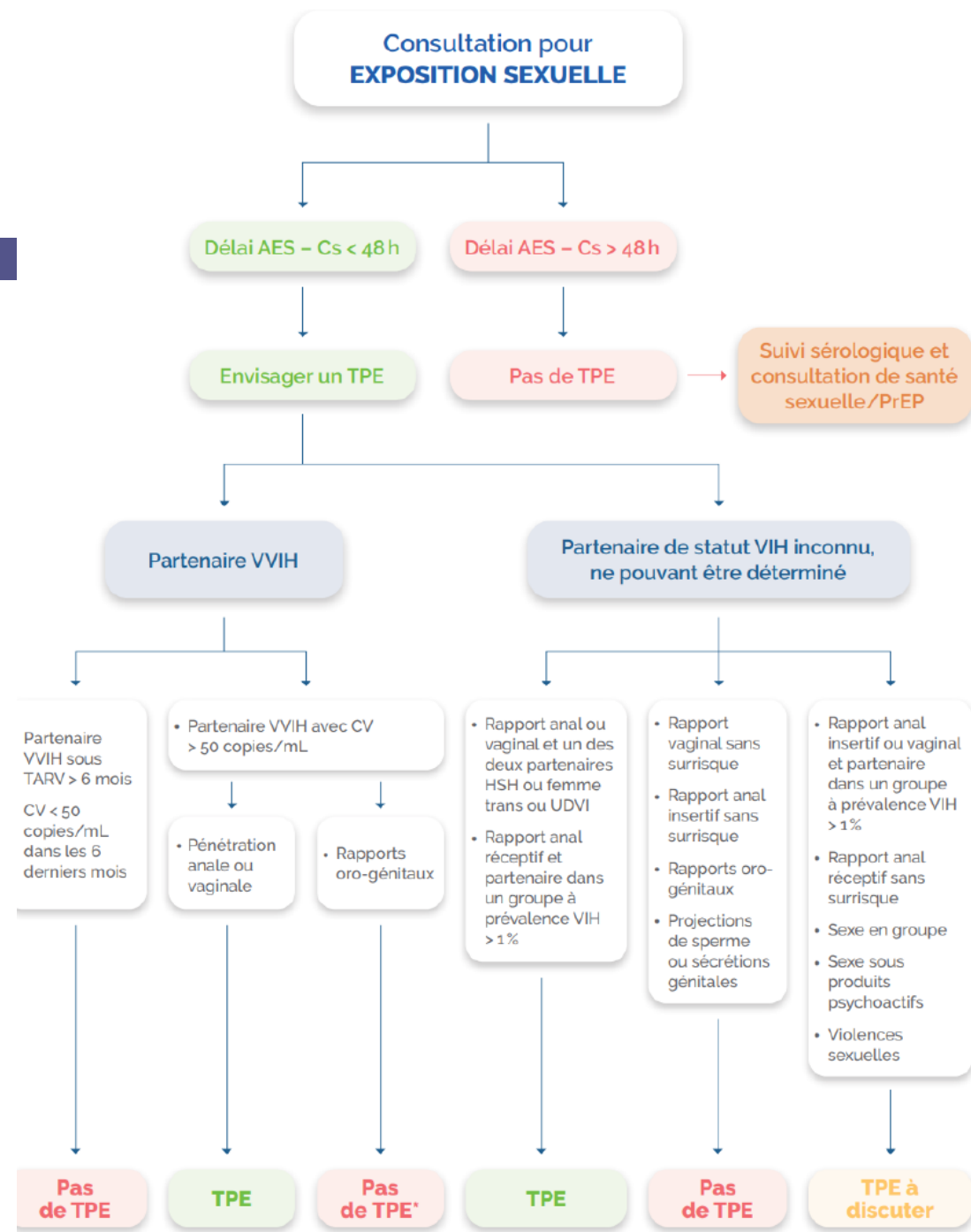
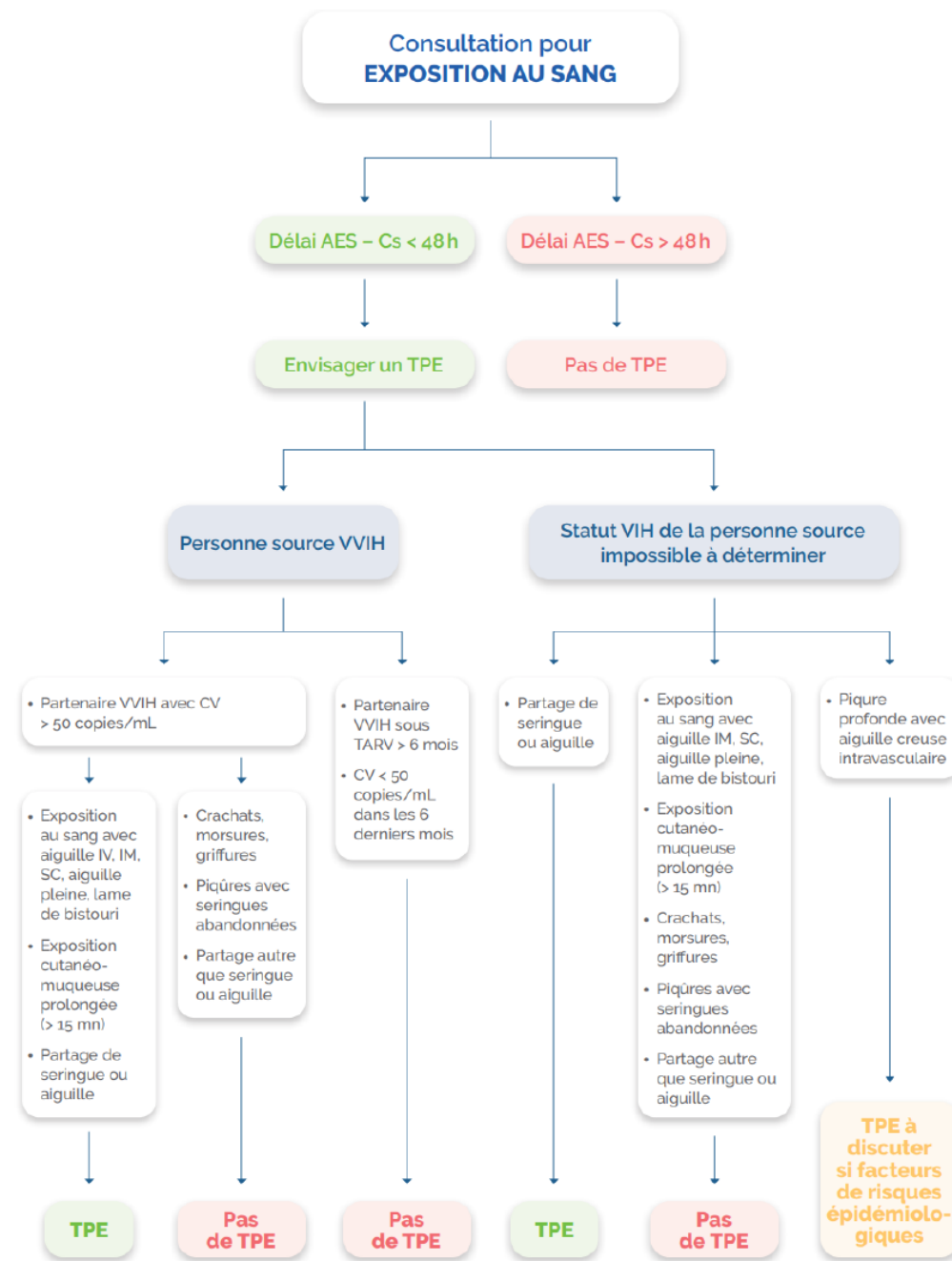


Figure 2. Algorithme d'indication au TPE après exposition au sang



		En cas de TPE, avec enchaînement sur une PrEP	En l'absence de TPE et en l'absence de risque hépatite	En cas de TPE, sans PrEP à suivre et sans risque d'hépatite	En cas de TPE, en l'absence de PrEP et avec risque d'hépatite (1)
Temporalité	Bilan initial	Un seul contrôle à S4 post exposition puis suivi PrEP habituel	Un seul contrôle à S6 post exposition	Un seul contrôle à S10 post exposition	Un seul contrôle à S12 post exposition
<input type="checkbox"/> Sérologie VIH	+	+	+	+	+(2)
<input type="checkbox"/> ARN VIH		+/- (3)			
<input type="checkbox"/> Sérologie VHB	+				+
<input type="checkbox"/> Sérologie VHC	+				+
<input type="checkbox"/> Sérologie VHA		+(IgG)			+/- (4)
<input type="checkbox"/> ALAT	+	+			+
<input type="checkbox"/> Créatinine + DFG	+(5)	+			
<input type="checkbox"/> Sérologie Syphilis	+(5)	+	+	+	+
<input type="checkbox"/> PCR Chlamydia/Gonocoque (6)	+	+	+	+	+
<input type="checkbox"/> Test de grossesse	+/- (7)	+/- (7)	+/- (7)	+/- (7)	+/- (7)



**Tableau 7 : Bilan de suivi en cas d'accident d'exposition au sang**

		Avec ou sans TPE
Temporalité	Bilan initial	A S12 post-exposition
<input type="checkbox"/> Sérologie VIH	+	+(1)
<input type="checkbox"/> Sérologie VHB	+	+/- (2)
<input type="checkbox"/> Sérologie VHC	+	+(3)
<input type="checkbox"/> ALAT	+(4)	+
<input type="checkbox"/> Créatinine + DFG	+(4)	
<input type="checkbox"/> Test de grossesse	+/- (4, 5)	

(1) « risque hépatite » : pour l'hépatite B, personne non immunisée contre le VHB. Pour l'hépatite C, pratique anale traumatique, sujet source usager de drogues intraveineuses, chemsex, sujet source vivant avec le VHC non traité