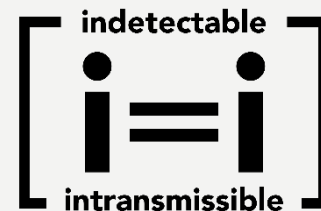


**LES NOUVELLES
RECOMMANDATIONS POUR LA
PRISE EN CHARGE DU VIH**

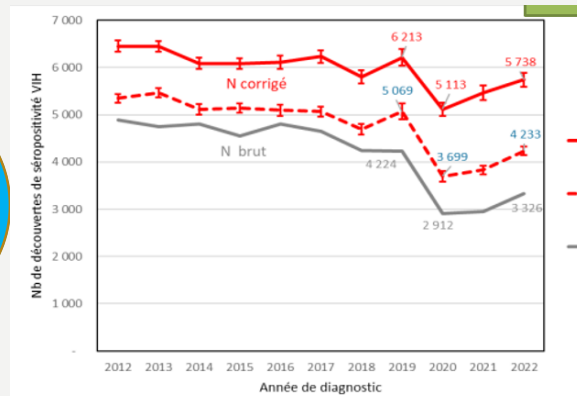
**COHEP VENDREDI 14 MARS 2025 TOULOUSE
MARIE MEDUS SMIT CH PERPIGNAN**

Trithérapie
pour tous
dès le
dépistage

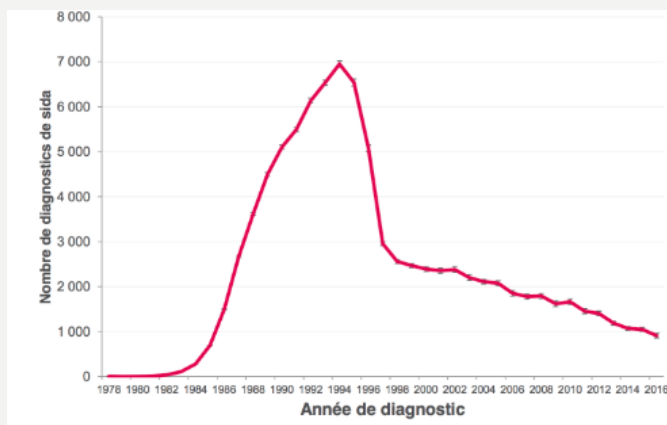
TASP

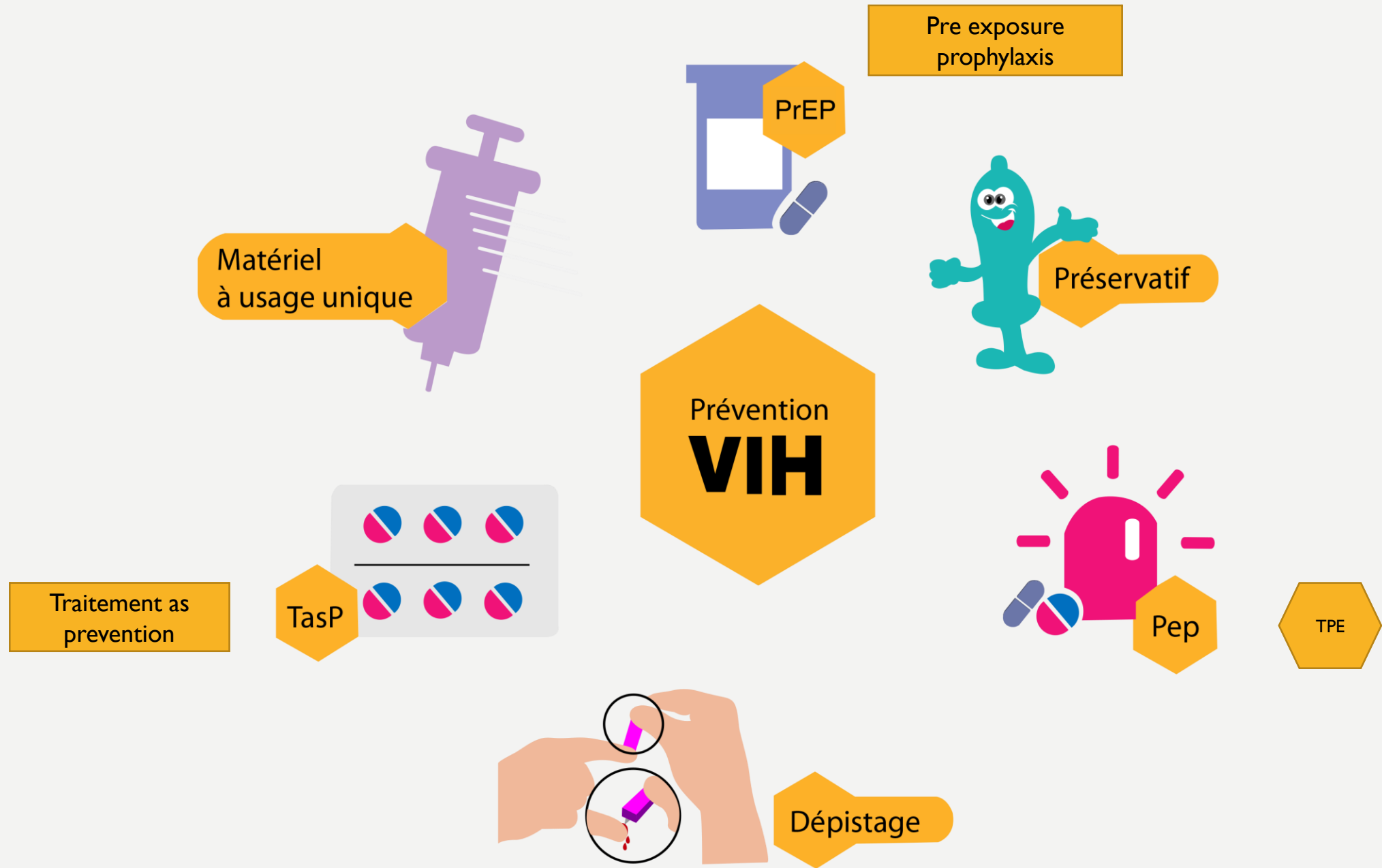


2016



PrEP
en France





Recommandations de prise en charge du VIH, des hépatites virales et des IST : rapport d'experts

[Recommandations de prise en charge du VIH \(mise à jour novembre 2024\)](#)

INITIATION DU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

- **Initier le traitement dans les 2 semaines suivant l'annonce du diagnostic :**
 - excepté en cas de tuberculose neuroméningée ou d'infection neuroméningée à cryptococcus, où un délai est nécessaire
 - excepté en cas de primo-infection ou de découverte d'une infection VIH au 3^e trimestre de grossesse, où le traitement doit être immédiat
- **Un bilan initial simplifié sans nécessité d'attendre le résultat du test génotypique**
- **Traitement initial :** bi ou trithérapie pour le VIH-1, trithérapie pour le VIH-2, de préférence association fixe à comprimé unique quotidien
- **4 options : bi ou trithérapie avec INI ou trithérapie avec INNTI**
- Le traitement ARV et les traitements prophylactiques peuvent être débutés simultanément avec une surveillance rapprochée de la tolérance (EI)

Traitement initial recommandé (2)

Associations préférentielles

Trithérapie : 2 INTI + 1 INI

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 de risque élevé de réactivation
TAF/FTC/BIC	—

Bithérapie : 1 INTI + 1 INI

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 de risque élevé de réactivation Non recommandé si lymphocytes T CD4 < 200/μL (taux d'échec virologique plus important) Peu de données si ARN VIH plasmatique > 500 000 cp/mL
---------	--

Trithérapie : 2 INTI + 1 INNTI

TDF/3TC/DOR	Peu de données si ARN VIH-1 plasmatique > 500 000 cp/mL
-------------	---

Associations alternatives

Trithérapie : 2 INTI + 1 INI

TDF/FTC + DTG

–

TDF/FTC + RAL

Ne pas commencer avant les résultats du test de résistance génotypique (fréquence de résistance primaire à cette combinaison proche de 5 %)

Trithérapie : 2 INTI + 1 INNTI

TAF/FTC/RPV

Non recommandé si ARN VIH plasmatique > 100 000 cp/mL (taux d'échec virologique plus élevé) ou si lymphocytes T CD4 < 200/μL (taux d'échec virologique plus élevé)

Ne pas commencer avant les résultats du test de résistance génotypique (fréquence de résistance primaire à cette combinaison > 5 %)

À prendre pendant le repas. Ne pas associer aux IPP

Trithérapie : 2 INTI + 1 IP/r

TDF/FTC + DRV/r

Prendre en compte les interactions médicamenteuses

À prendre pendant ou après le repas

PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT VIVANT AVEC LE VIH

- **Un nombre de contaminations périnatales devenu très faible en France**
- **Une transmission sexuelle qui représente la majorité des nouveaux cas d'infection chez l'adolescent**
- **Un choix d'ARV limité chez l'enfant et une prise unique journalière à privilégier chez l'adolescent – la mise à disposition des inhibiteurs d'intégrase en 1^{re} ligne**

Entre services de pédiatrie et SMIT

GROSSESSE ET VIH

- La planification de la grossesse nécessite un contrôle strict de la CV et il faut parfois adapter le traitement ARV
- Le traitement post-exposition pour le nouveau-né demeure recommandé
- L'ouverture à l'allaitement maternel est la principale nouveauté des recommandations
- L'observatoire LACTAVIH (allaitement et VIH) va suivre tous les cas d'allaitement maternel chez les femmes vivant avec le VIH en France et dans les DROM-COM

La question du désir d'enfant fait partie intégrante de la santé sexuelle et reproductive

- Elle doit être abordée avec toute personne vivant avec le VIH (PVVIH), femme ou homme
- Le traitement ARV permet de réaliser 3 objectifs dans le contexte d'un désir d'enfant :
 - *préserver la santé de la PVVIH*
 - *supprimer le risque de transmission sexuelle*
 - *supprimer le risque de transmission mère-enfant (TME)*
- Il doit être commencé le plus précocement possible, pendant, et si possible avant la grossesse

Traitements antirétroviraux pendant la grossesse

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^e agent :

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

Choix alternatif de 3^e agent : RPV

ARV à éviter pendant la grossesse

- ARV pour lesquels il n'existe pas à ce jour de données de sécurité suffisantes pour la grossesse : BIC, CAB DOR, ETR, FOS, LEN, ainsi que toute molécule en attente d'AMM
- ARV pour lesquels il existe des signaux indiquant un risque de toxicité pour l'enfant : EFV, ZDV (sauf perfusion à l'accouchement)
- ARV exposant à un sous-dosage pendant la grossesse sans possibilité d'adaptation de posologie : EVG/c ou toute autre utilisation du COBI
- ARV injectables faute de données pharmacologiques et en l'absence de données de sécurité concernant le CAB

Des grossesses à risque qui nécessitent une surveillance obstétricale et médicale mensuelle par des équipes entraînées

- Supplémentation en **acide folique** à commencer avant la conception (surtout en cas de traitement par DTG)
- Pour les femmes avec une CV contrôlée, l'accouchement se déroule comme pour toute autre femme
 - *Pour celles avec un contrôle tardif de la CV, il faut être plus prudent, et si possible éviter les ruptures prolongées des membranes ou un déclenchement difficile et long*
 - *En cas de contrôle virologique insuffisant, des mesures additionnelles sont nécessaires : renforcement du traitement de la mère, perfusion de ZDV à l'accouchement et, éventuellement, une césarienne programmée*
- **Un traitement post-exposition pour le nouveau-né reste recommandé**, généralement 2 semaines de NVP. Si la CV maternelle est élevée, une trithérapie est préconisée chez le nouveau-né

L'ouverture à l'allaitement maternel est la plus grande nouveauté des recommandations

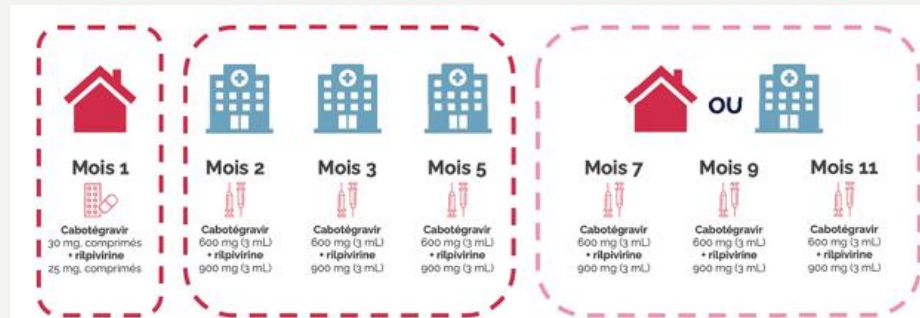
- Lorsque la **CV est indétectable pendant toute la grossesse et au moins 6 mois avant l'accouchement**
 - Protocole recommandé :
 - surveillance mensuelle de la CV pendant toute la période d'allaitement, avec la poursuite du traitement ARV de la mère
 - prophylaxie pour l'enfant, généralement par NVP pendant toute la durée de l'allaitement. *Cette prévention supplémentaire vise à protéger l'enfant en cas de persistance de cellules infectées dans le lait, au cas où la CV maternelle augmenterait, ou en cas de survenue d'une complication de l'allaitement telle qu'une mastite*
 - suivi régulier de l'enfant pour s'assurer qu'il n'est pas infecté par le VIH
 - limitation de la durée de l'allaitement : arrêter l'allaitement au sein au moment de la diversification alimentaire, sans dépasser 6 mois
 - gestion des complications : en cas de mastite, si le lait est purulent, l'allaitement doit être suspendu
- **En France, l'observatoire LACTAVIH (allaitement et VIH) va suivre tous les cas d'allaitement maternel chez les femmes vivant avec le VIH en France, y compris dans les DROM-COM**

SWITH CHEZ LES PATIENTS EN SUCCÈS VIROLOGIQUE

- **L'adaptation du traitement ARV en succès consiste le plus souvent en :**
 - **une simplification** (diminution du nombre de prises quotidiennes d'ARV, du nombre de comprimés par prise, ou suppression de contraintes alimentaires, administration de traitement injectable à libération prolongée tous les deux mois)
 - **ou un allègement** (diminution du nombre d'ARV actifs, diminution du nombre de prises par semaine) **permettant de réduire la quantité de médicaments prise par la PVVIH.**

PRINCIPALES OPTIONS POUR ALLÈGÈMENT

- Bithérapies orales
- Bithérapies injectables à libération prolongée



- Trithérapies intermittentes 4 ou 5 jours sur 7

Conditions :

Succès virologiques

Absence de mutations de
résistance antérieures

**CHANGEMENT DE
TRAITEMENT
SELON L'ARV
INCRIMINÉ DANS
LA SURVENUE
D'UN EI**

- El cardiovasculaire notamment IDM
- El dermato, éruption
- Baisse de la densité osseuse
- Dyslipidémie
- Prise de poids
- El neuropsy
- El rénaux
- Syndrome d'hypersensibilité +/- cytolyse

SITUATIONS D'ÉCHECS VIROLOGIQUES

- Les échecs virologiques avec résistance sont aujourd'hui rares et sont le plus souvent liés à des problèmes d'observance
- En cas d'échec, on reconstruit une stratégie avec 2 ou 3 molécules actives
- Pour les patients souffrant de multirésistance, 3 nouvelles molécules sont disponibles : fostemsavir (FOS), lénacapavir (LEN) et ibalizumab (IBA), réservées aux situations de multiéchec

VIH ET CANCER

- **L'incidence de nombreux cancers liés à l'âge augmente en rapport avec l'allongement de l'espérance de vie**
- **Certains cancers (LMH, LMNH, Kaposi, cancers du col, de la vulve, de l'anus, de l'oropharynx, CHC, etc.) sont viro-induits et nécessitent une surveillance spécifique**
- **Les PVVIH doivent bénéficier des programmes de dépistage des cancers tels que recommandés en population générale, complétés par des dépistages spécifiques pour certains cancers**

COMORBIDITÉS

- L'infection VIH est un facteur de risque supplémentaire d'athérosclérose et/ou d'insuffisance cardiaque dans certaines situations, en particulier chez des patients ayant débuté leur traitement tardivement (nadir CD4 < 200/μL), ayant un mauvais contrôle virologique, une longue exposition sous IP ou lipodystrophiques
- Les anomalies lipidiques sont présentes chez plus de la moitié des PVVIH et de nombreux ARV ont un impact direct sur les taux plasmatiques des lipides, variable selon la classe et la molécule
- Le risque de diabète, bien que proche de celui de la population générale, semble plus élevé chez les PVVIH âgés
- Plusieurs traitements ARV peuvent être à l'origine d'une altération de la fonction rénale
- Les troubles psychiatriques constituent l'une des plus importantes comorbidités dans l'infection par le VIH : le risque de décès par suicide est 100 fois plus élevé chez les PVVIH que dans la population générale
- En cas de suspicion de fragilité, une évaluation gériatrique standardisée peut être bénéfique

éducation hygiéno-diététique, activité physique, arrêt du tabac,,,

Infection par le VIH chez le sujet âgé

- Les sujets âgés vivant avec le VIH présentent une **prévalence accrue d'un syndrome dit "de fragilité"** (diminution des réserves fonctionnelles, augmentation de la vulnérabilité aux stress et agressions, risque fortement accru de morbidité)
- Ce syndrome de fragilité peut être dépisté par la présence de **3 des 5 signes suivants**, dits les 5 critères de Fried :
 - *diminution de la force de préhension*
 - *allongement du temps de marche testé sur 5 m*
 - *perte involontaire de + de 5 % du poids corporel*
 - *report de fatigue évalué par un questionnaire*
 - *report de perte d'énergie évalué par un questionnaire*
- La HAS a conçu une fiche de repérage de la fragilité en soins ambulatoires pour la population générale, qui peut être utilisée lors d'un bilan dans le cadre d'un dépistage opportuniste des PVVIH à travers 6 questions simples à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité

Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL \geq 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

REPÉRAGE			
	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : OUI NON

→ **En cas de suspicion de fragilité, une évaluation gériatrique standardisée peut être bénéfique**