

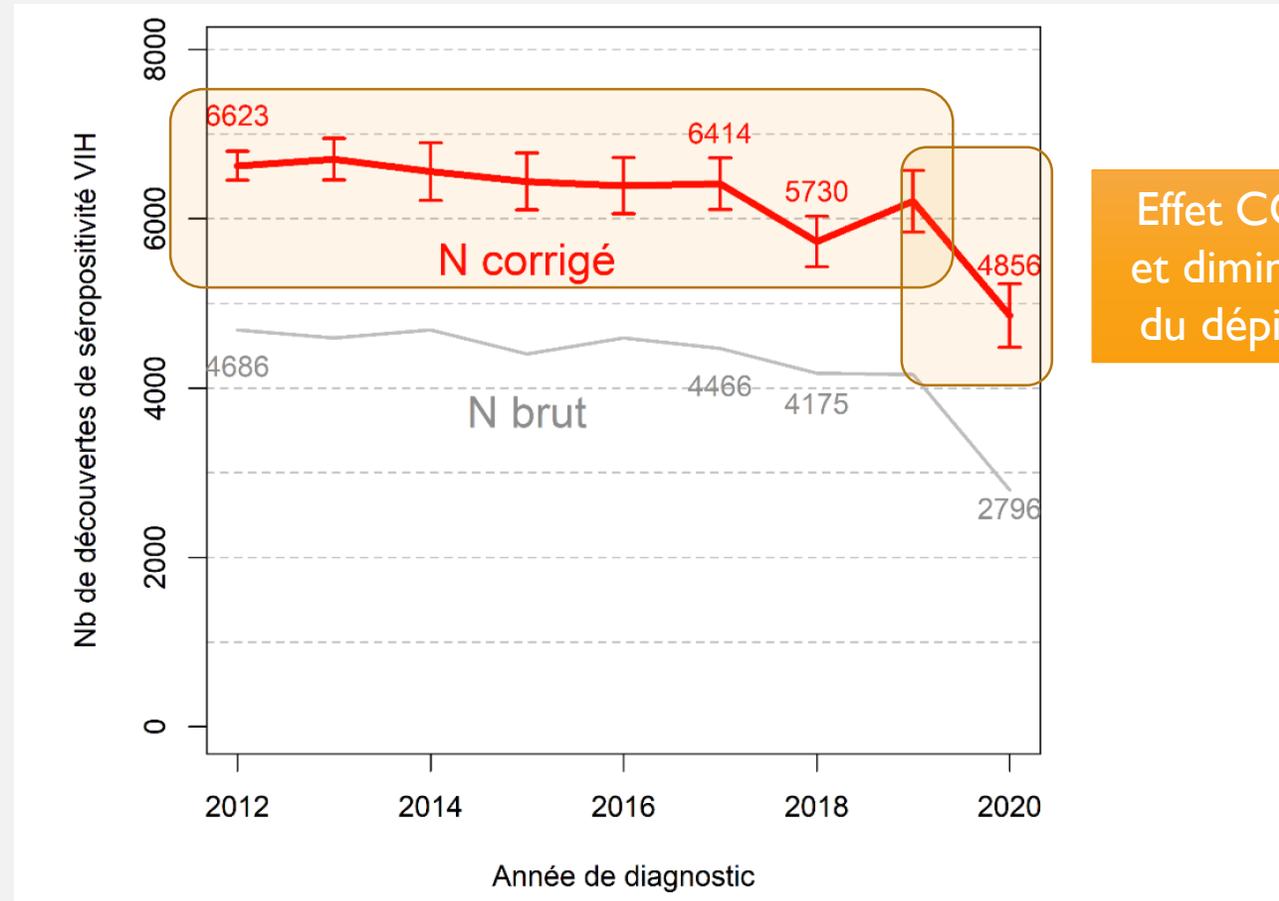
La « PrEP »
C'est simple et efficace !

Dr Cédric Arvieux – Maladies infectieuses et Réanimation – COREVIH-Bretagne

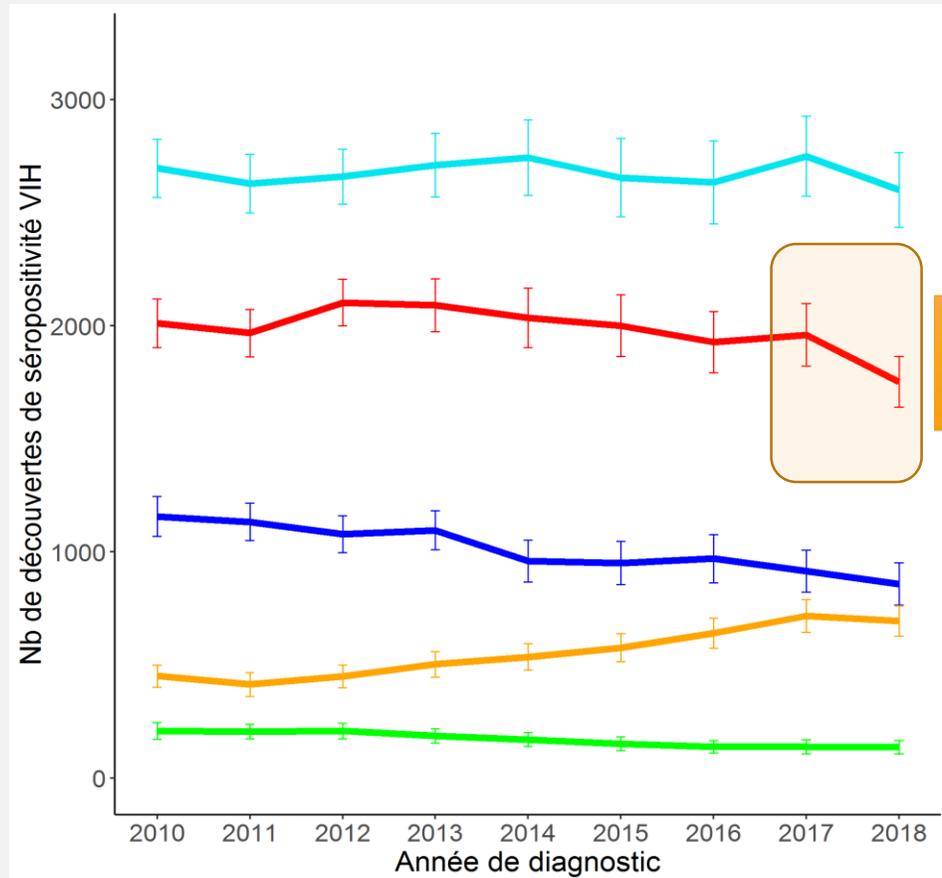
Formation continue en médecine générale – 3 février 2022

POURQUOI LA PREP ?

NOMBRE DE PERSONNES DÉCOUVRANT LEUR SÉROPOSITIVITÉ VIH : 2012 - 2020



DIMINUTION CHEZ LES HSH NÉS EN FRANCE, AUGMENTATION CHEZ CEUX NÉS À L'ÉTRANGER



Évolution 2013 - 2018

Hétérosexuel(le)s né(e)s à l'étranger

HSH nés en France : -16%

Hétérosexuel(le)s né(e)s en France

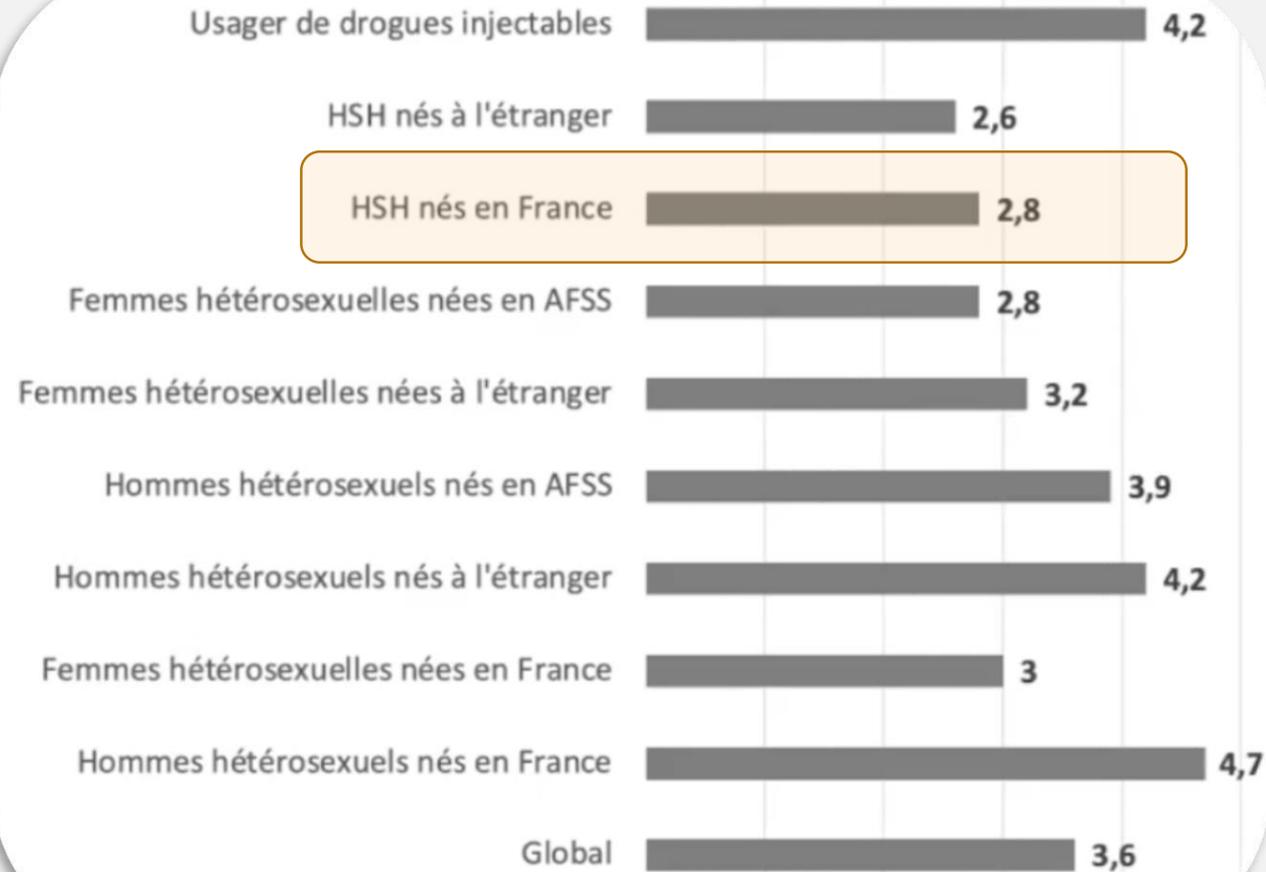
HSH nés à l'étranger : +38%

UDI : -27%

Effet PrEP ?

DÉLAI MÉDIAN ENTRE INFECTION ET DIAGNOSTIC BEAUCOUP TROP LONG !!

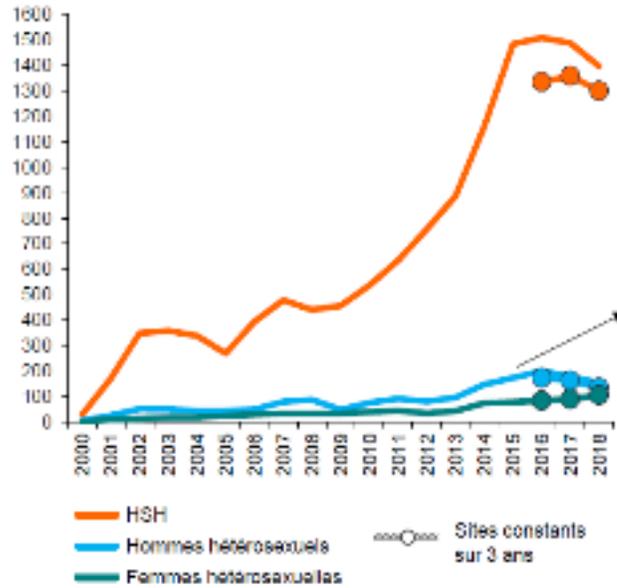
Données sur la
période 2014-
2018



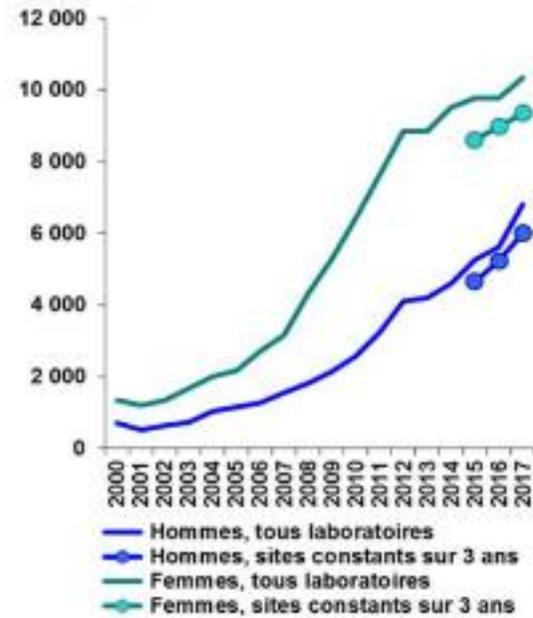
COMPRENDRE LA NOTION DE « POPULATIONS-CLÉS »

	Nombre de personnes non diagnostiquées (95% IC)	Taille population	Proportion de personnes non diagnostiquées pour 10000 (95% IC)
Global	24069 (22241-26277)	37838037	6,4 (5,9-6,9)
Femmes	7795 (7264-8349)	19194248	4,1 (3,8-4,3)
Hommes	16172 (14759-17930)	18643789	8,7
HSH nés en France	5914 (5377-6457)	260674	226,9 (206,3-247,7)
HSH nés à l'étranger	2406 (2187-2641)	42589	564,9 (513,4-619,9)
Femmes hétéro. nées à l'étranger	5995 (5517-6557)	2822281	(19,6-23,2)
<i>dont celles nées en AFSS</i>	4703 (4190-5249)	484327	97,1 (86,5-108,4)
Hommes hétéro. nés à l'étranger	4297 (3917-4906)	2565345	16,7 (15,3-19,1)
<i>dont ceux nés en AFSS</i>	2945 (2646-3363)	428175	68,8 (61,8-78,5)
Femmes hétéro. nées en France	1485 (1263-1642)	16349066	0,9 (0,8-1)
Hommes hétéro. nés en France	2411 (2093-2825)	15701721	1,5 (1,3-1,8)
Usagers de drogues injectables	248	96362	25,7

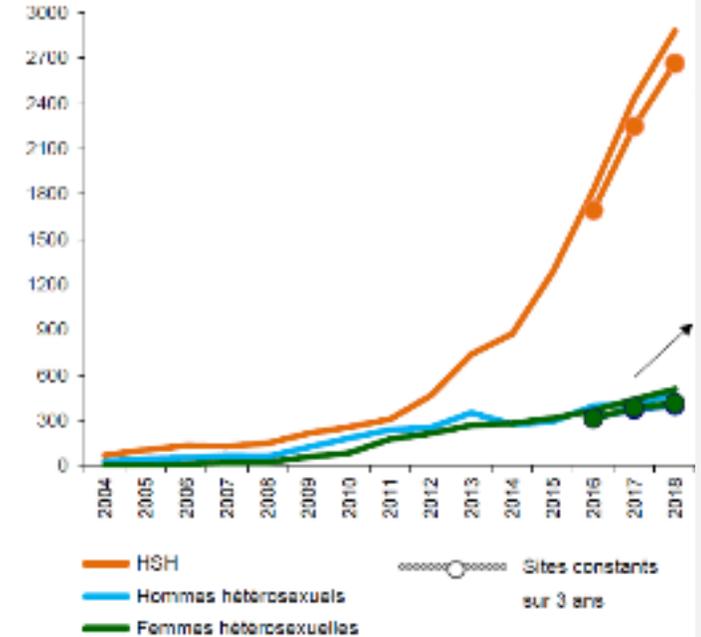
AUGMENTATION NETTE DES DIAGNOSTICS D'IST



Syphilis



Chlamydia



Gonocoque



le petit
Quizz

LES MOYENS D'ÉVITER LA TRANSMISSION SEXUELLE DU VIH : CLASSEZ LES DANS L'ORDRE !

- a. La circoncision
- b. Le préservatif
- c. Le traitement antirétroviral du partenaire séropositif (TasP)
- d. Le traitement antirétroviral du partenaire séronégatif (PrEP)
- e. Un programme de conseil d'abstinence

DANS L'ORDRE !

a. Le traitement antirétroviral du partenaire séropositif (TasP)

96 %

b. Le préservatif

90 %

c. Le traitement antirétroviral du partenaire séronégatif (PrEP)

86 %

d. La circoncision

60 %

e. Un programme de conseil d'abstinence

0 %

SOLUTIONS DE PRÉVENTION DIVERSIFIÉE DU VIH

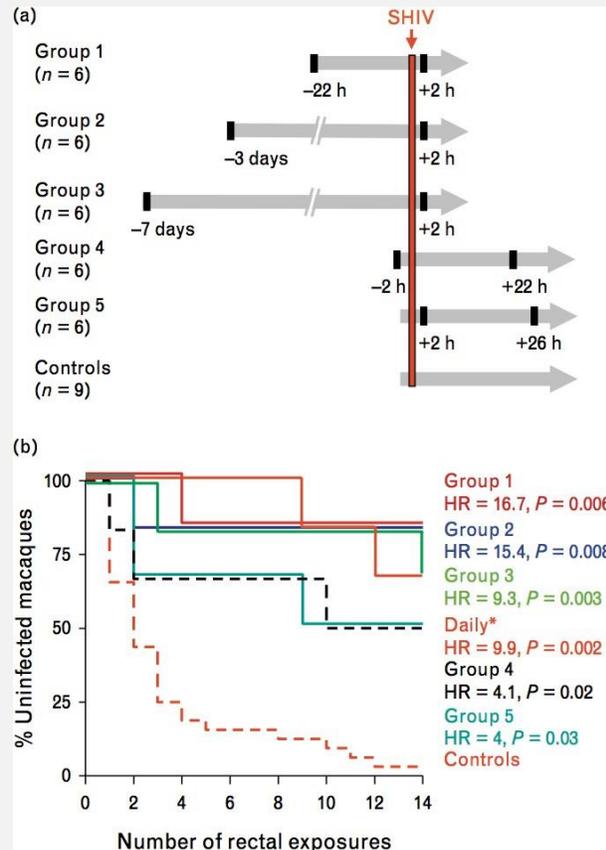




EPIDÉMIOLOGIE

Le rationnel de la PrEP

MODÈLE ANIMAL : LE MACAQUE



Protocole expérimental

- Administration de ténofovir/emtricitabine deux fois par semaine, en débutant à des temps différents avant inoculation rectale de SIV (-7 jours et +2h, -3 jours et +2h etc...)

Résultats

- Tous les singes du groupe contrôle (---) sans traitement préventifs s'infectent
- Quel que soit les temps d'administration, il y a un effet protecteur

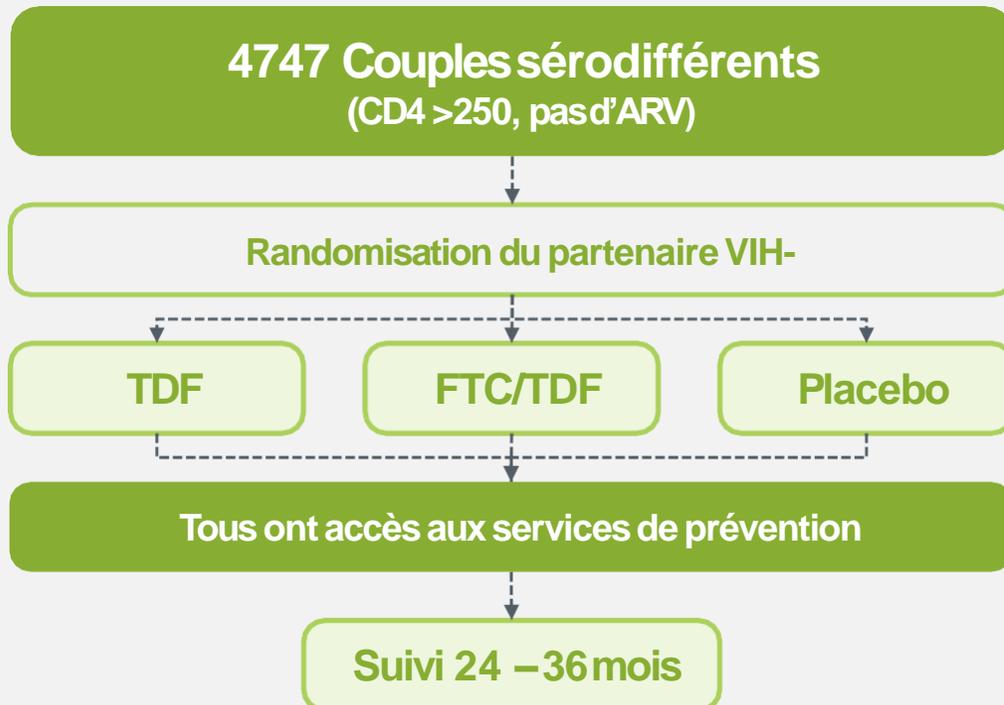
Source : Garcia-Lerma JG, Cong M, Mitchell J, et al. Intermittent prophylaxis with oral truvada protects macaques from rectal SHIV infection. *Sci Transl Med* 2010; 2:14ra14. Garcia-Lerma, Henneine W. Animal models of antiretroviral prophylaxis for HIV prevention *Curr Opin HIV AIDS* 2012, 7:505-513

PARTNERS PREP



PARTNERS PrEP STUDY

- **Objectif n°1** : impact sur l'infection VIH des séronégatifs
- **Objectif n°2** : tolérance de la PrEP



Source : Baeten JM, Donnell D, Ndase P, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. N Engl J Med. 2012;367(5):399-410. doi:10.1056/NEJMoa1108524012

RÉSULTATS PARTNERS-PREP



PARTNERS PrEP STUDY

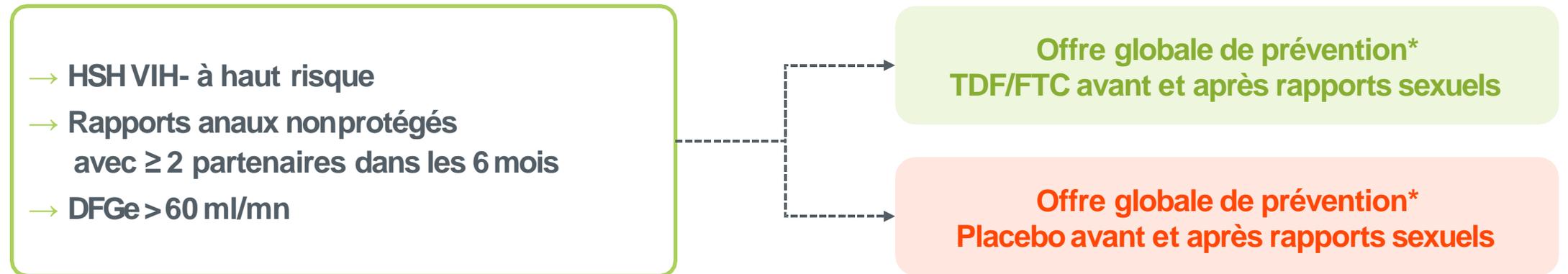
	TDF	FTC/TDF	Placebo
Nombre d'infections VIH	17	13	52
Incidence , pour 100personnes-années	0.65	0.50	1.99
Taux de protection	67%	75%	
95% CI	(44-81%)	(55-87%)	
p-value	<0.0001	<0.0001	

→ Pas de différence statistique entre TDF/FTC et TDF

Source : Baeten JM, Donnell D, Ndase P, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. N Engl J Med. 2012;367(5):399-410. doi:10.1056/NEJMoa1108524012

Etude IPERGAY

- Étude randomisée en double insu contrôlée versus placebo
- Visites de suivi : M 1,2 puis tous les 2 mois



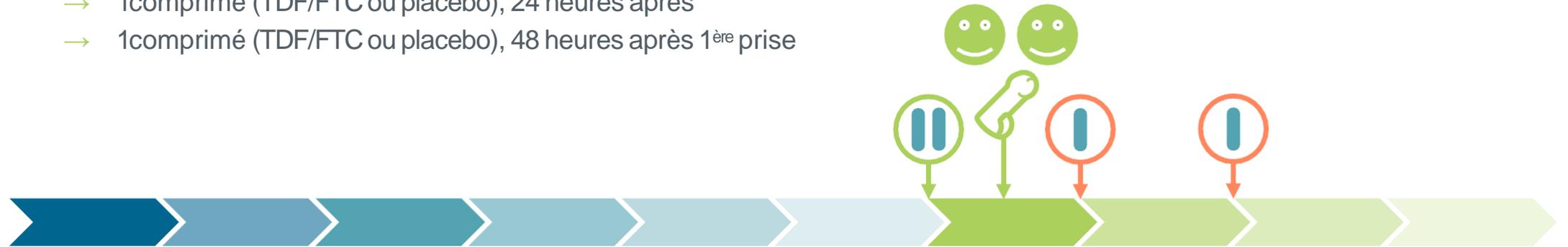
Source : Ipergay : Molina JM, Capitant C, Spire B, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. N Engl J Med. 2015;373(23):2237-2246. doi:10.1056/NEJMoa1506273

* Conseils, préservatifs et gel, dépistage et traitement des IST, vaccination pour le VHB et le VHA, PPE si besoin

IPIRGAY: PrEP intermittente chez les HSH

- 414 participants

- 2 comprimés (TDF/FTC ou placebo), 2-24 heures avant les rapports sexuels
- 1 comprimé (TDF/FTC ou placebo), 24 heures après
- 1 comprimé (TDF/FTC ou placebo), 48 heures après 1^{ère} prise

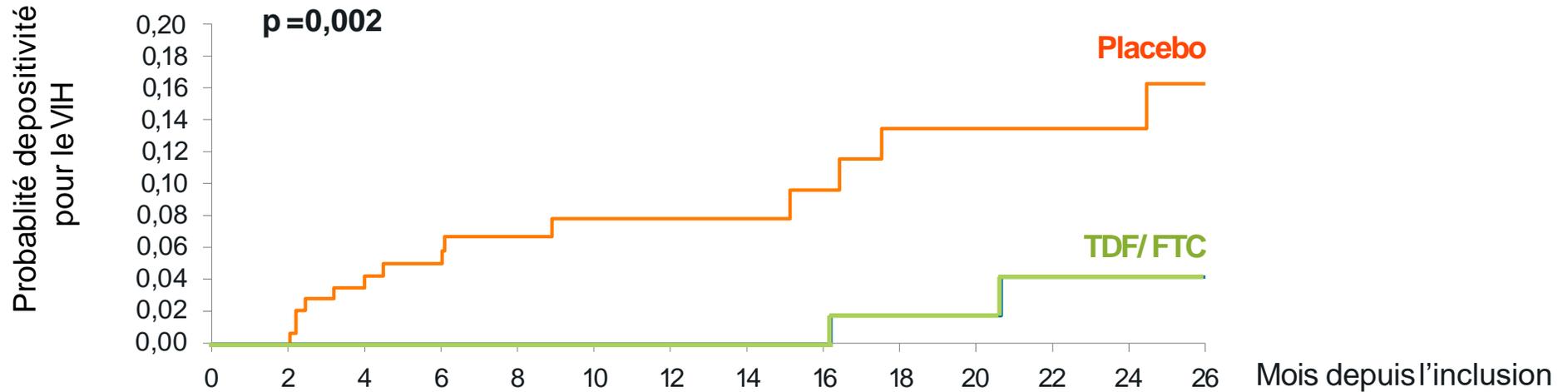


- Critère principal : taux de séroconversion VIH-1

- Critères secondaires

- Tolérance, survenue d'effets indésirables
- Appropriation du schéma de traitement, niveau d'observance, dosages
- Comportements sexuels à risque au cours de la participation à l'essai
- IST
- Coût-efficacité

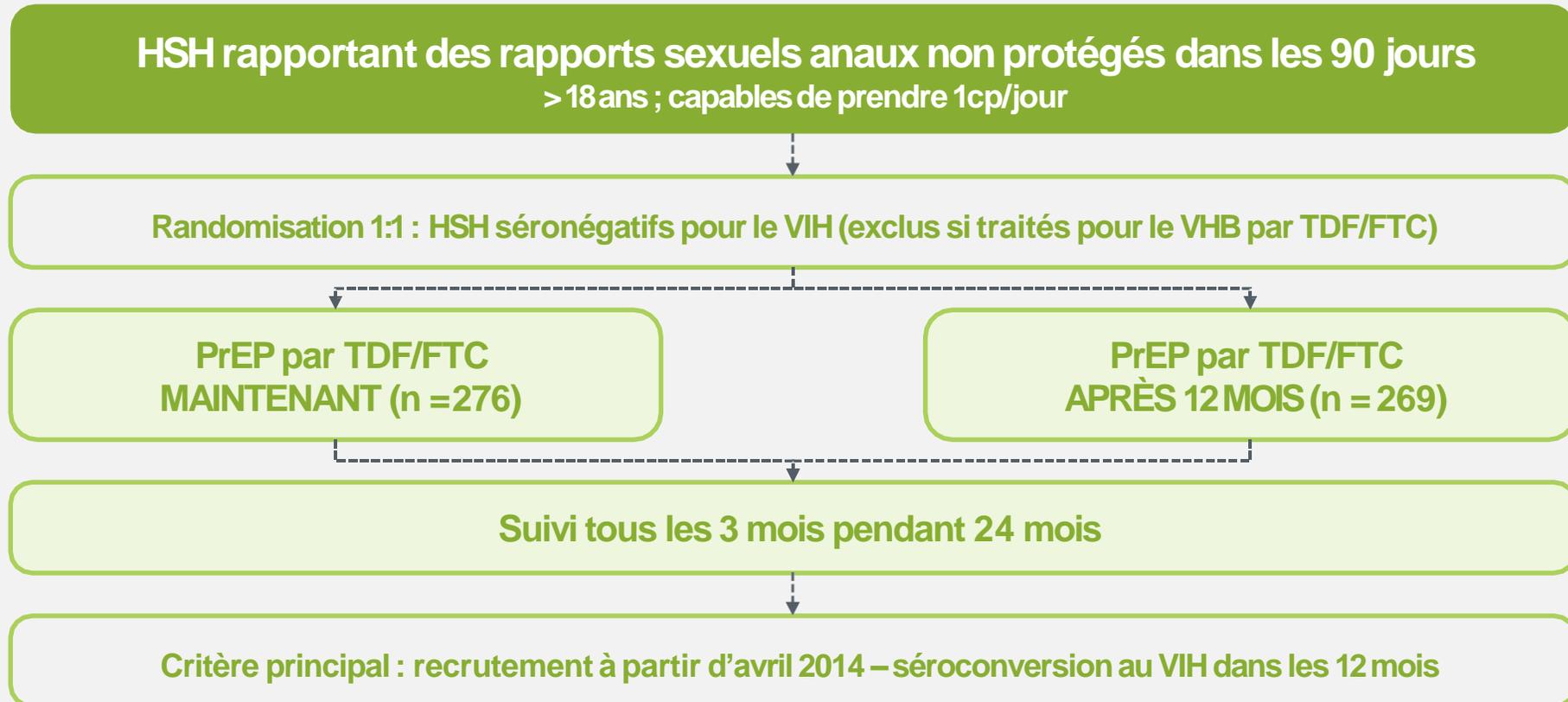
IPERGAY : résultats



- Suivi moyen de 13 mois : séroconversion chez 16 patients
 - 14 dans le bras placebo (incidence : 6,6/100 patients/année)
 - 2 dans le bras TDF/FTC (incidence : 0,94/100 patients/année)
- Réduction relative de 86 % de l'incidence du VIH-1 (IC95 : 40-99, $p=0,002$)
- Nombre de personnes à traiter pour prévenir un infection par an : **18**

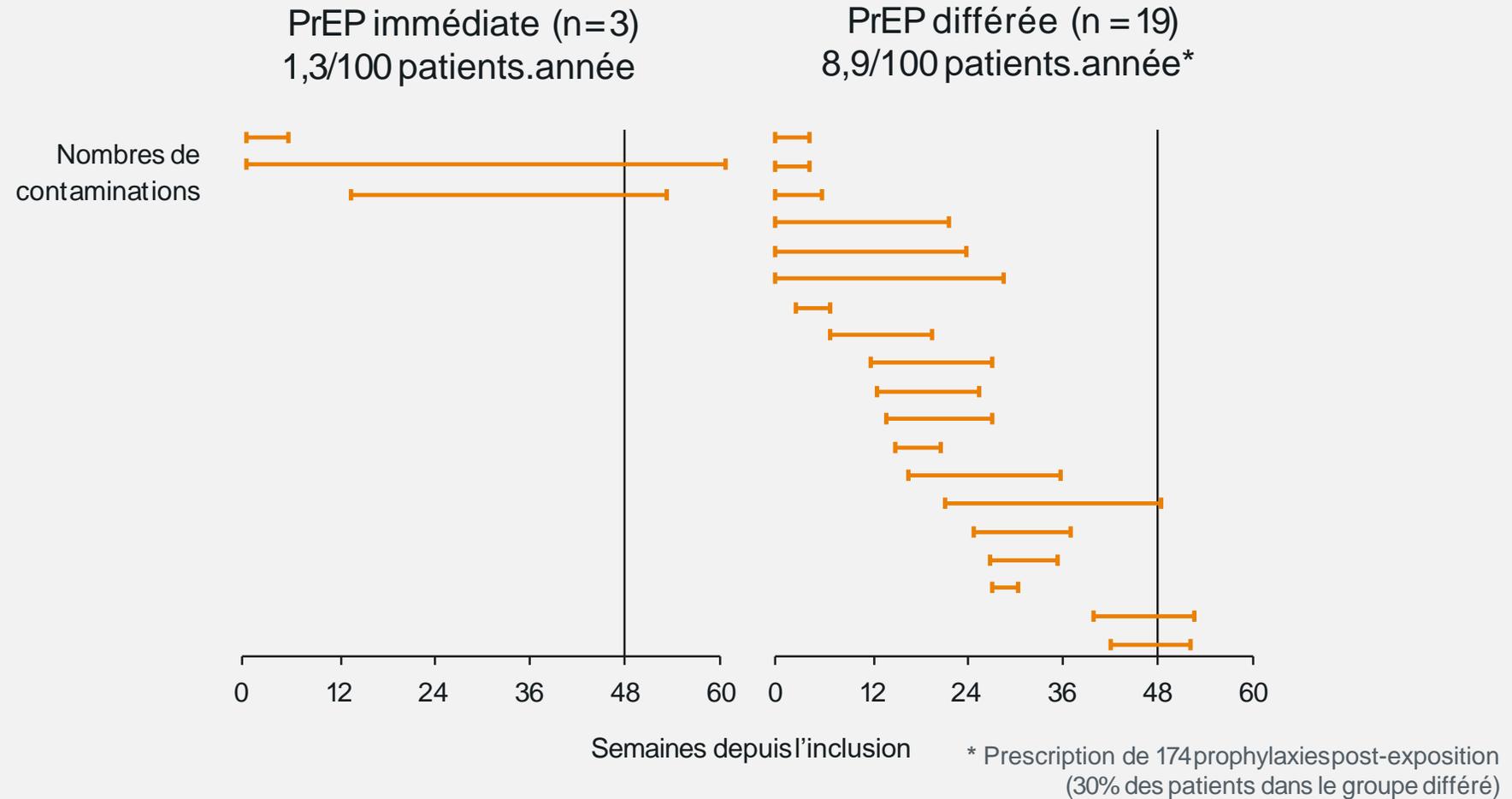
ETUDE PROUD

- Âge moyen de 35 ans, nombre médian de rapports sexuels anaux non protégés dans les 90 jours = 10 (IQR = 4-20), 64 % d'IST dans les 12 mois précédents



ESSAI PROUD

PrEP tout de suite versus PrEP différée



PREP EN POPULATION HSH : DEUX ESSAIS ESSENTIELS

IPERGAY

- TDF/FTC (Truvada)
- Randomisée
- Placebo
- France/Québec
- 414 participants
- PrEP « au coup par coup »

Ça marche très bien!

- - 86% d'infection VIH
- NPT = 18
(il faut traiter 18 personnes pour prévenir une infection)

PROUD

- TDF/FTC (Truvada)
- Randomisée
- PrEP immédiate versus retardée
- UK
- 547 participants
- PrEP continue

Ça marche très bien!

- - 86% d'infection VIH
- NPT = 13
(il faut traiter 13 personnes pour prévenir une infection)

EFFICACITÉ DE LA PREP EN SELON LES DONNÉES DU SDNS EN FRANCE

- Comparaison dans le SDNS des cas incident de VIH chez des hommes
 - À haut risque de VIH sous PrEP
 - À haut risque de VIH sans PrEP
- Globalement en vie réelle : 60% de diminution de risque
 - Facteurs de risque de diminution d'efficacité
 - Age < 30 ans (- 26% versus - 66% pour les 0-39 ans et - 83% chez les > 40 ans)
 - Difficultés sociales



CONSULTATIONS

La première consultation et le bilan initial

SEUL FACTEUR D'ÉCHEC DE LA PREP

Le défaut d'observance

Pas d'échec de PrEP chez les patients ayant des taux sanguins protecteurs de ténofovir et d'emtricitabine

LA PREP EN PRATIQUE (I) : L'INITIATION

- Expliquer que la PrEP ne protège que du VIH : ce qui permet la promotion du préservatif
- Expliquer qu'elle n'est efficace que si elle est bien prise ...
- Exposer les deux modalités de prises : continue ou « au coup par coup » (à la demande) !
- Exposer la surveillance et le suivi
 - la PrEP s'inscrit dans une démarche de santé sexuelle
 - Les vaccinations sont essentielles
 - La surveillance (et le traitement) des autres IST sera régulière
- Exposer les possibles effets secondaires
- Recueil des pratiques
- Seule contre indication vraie: clairance < 60 ml /mm
- **Connaître la date du dernier rapport non protégé par préservatif**
- Bilan initial :
 - Sérologie VIH, sérologies syphilis, VHB, VHC, VHA (IgG) , PCR chlamydia et gonocoque sur 3 sites
 - Créatininémie, ALAT

LA PREP EN PRATIQUE (2) : LA PRESCRIPTION

- **Schéma de prise :**
 - Continue : un par jour (protection à J8)
 - Au coup par coup
 - Un peu plus complexe
 - non validée chez les femmes et CI si infection par le VHB
- **Molécules :** Emtricitabine 200 mg / Ténofovir disoproxil 245 mg
- **Coût :** 178 € par mois en prise quotidienne (générique)
- **Cibles :**
 - HSH, plusieurs antécédents d'ISTs, multi partenariat, traitement post exposition
 - Migrants à risque
 - Libertins
- **Interactions :**
 - Aucune ! Rappeler la dangerosité des AINS...
- **Toxicité :**
 - Pas de signal à 5 ans de l'implémentation





TRÈS PEU DE CONTRE-INDICATIONS DE LA PREP

Contre-indications

- Infection VIH en cours ou statut sérologique VIH inconnu :
 - Rechercher de signes ou symptômes d'infection aiguë par le VIH
 - Date du dernier rapport anal ou vaginal sans préservatif : risque d'une séroconversion en cours lors de la fenêtre sérologique
- Insuffisance rénale (tant que l'on a que l'association (TDF/FTC):
 - Caractérisée par une clairance de la créatinine <60 ml/min chez l'adulte ou < 90 ml/min chez l'adolescent de plus de 15 ans
- Âge inférieur à 15ans
- Hypersensibilité à l'un des principes actifs ou des excipients du produit

Suivi trimestriel ++ des personnes avec contre indication à la PrEP

BILAN MINIMAL PERMETTANT D'INITIER LA PREP DÈS LA PREMIÈRE CONSULTATION

● Prescription possible dès la première consultation :

- Sérologie VIH (Elisa 4ème génération) < 7 jours : négative
- Clairance de la créatinine < 7 jours : < 60 ml/min chez l'adulte ou < 90 ml/min chez l'adolescent de plus de 15 ans
- **ET** absence de symptômes évoquant une primo-infection
 - en cas de suspicion clinique d'une primo-infection par le VIH, il faut effectuer un test ARN du VIH et ne débuter la PrEP qu'après le résultat de la charge virale VIH

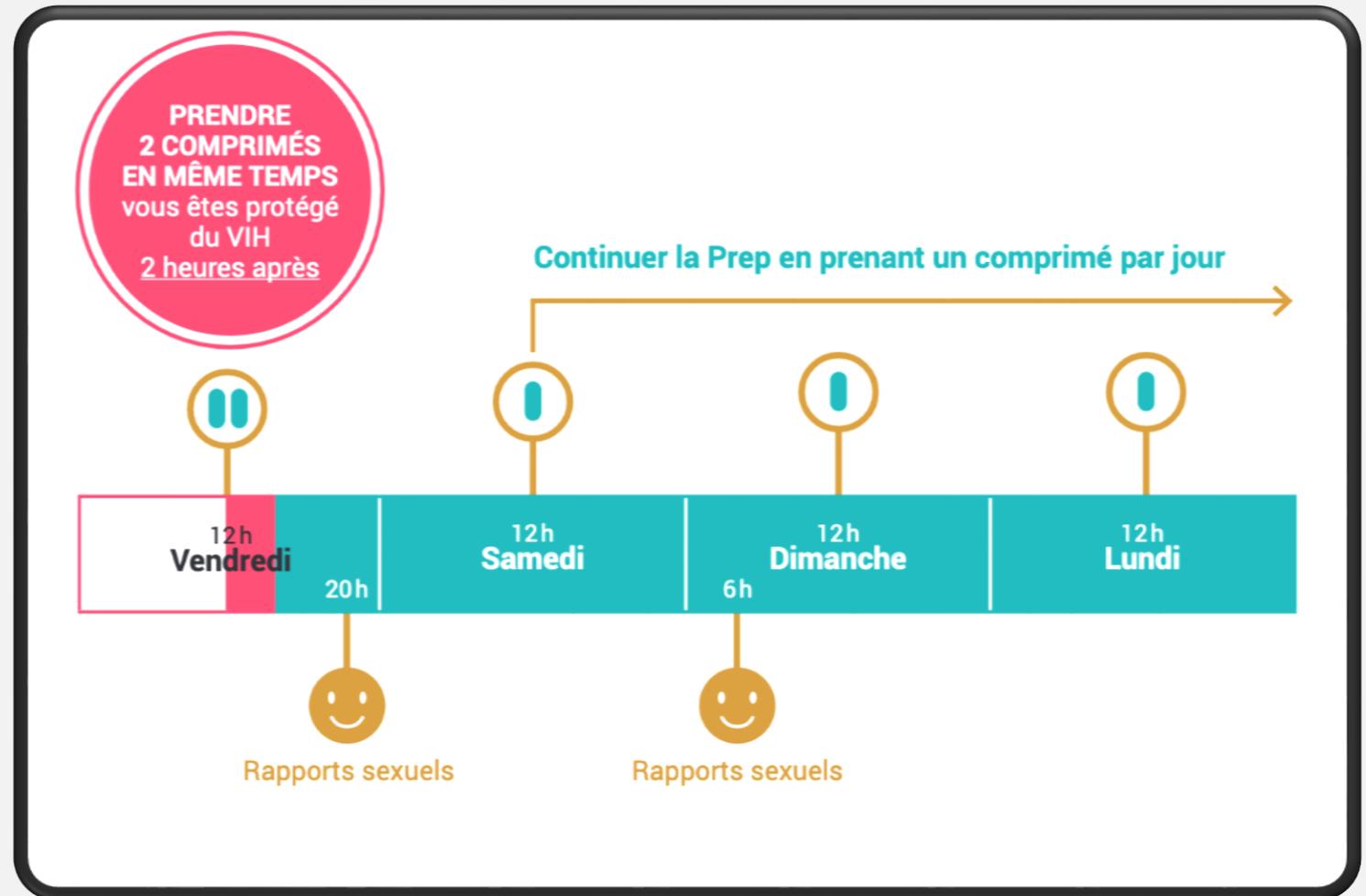
● Le statut vis-à-vis du virus de l'hépatite B (Ag Hbs) doit être connu

CONSULTATION D'INITIATION DE LA PREP EN PRATIQUE

- ⦿ **Modalités de prise de la PrEP** (cf Schémas d'administration)
- ⦿ **Counseling sur la PrEP et la santé sexuelle**
- ⦿ **Prescrire la première ordonnance de PrEP**
- ⦿ **Prescrire le bilan à réaliser à la fin du premier mois d'utilisation**
- ⦿ **Traiter une éventuelle IST dépistée**
- ⦿ **Prescrire les vaccinations selon les recommandations et particulièrement :**
 - → Hépatite B
 - → HPV
 - → Hépatite A
- ⦿ **Fixer le prochain rendez-vous de consultation à un mois muni de ces résultats**

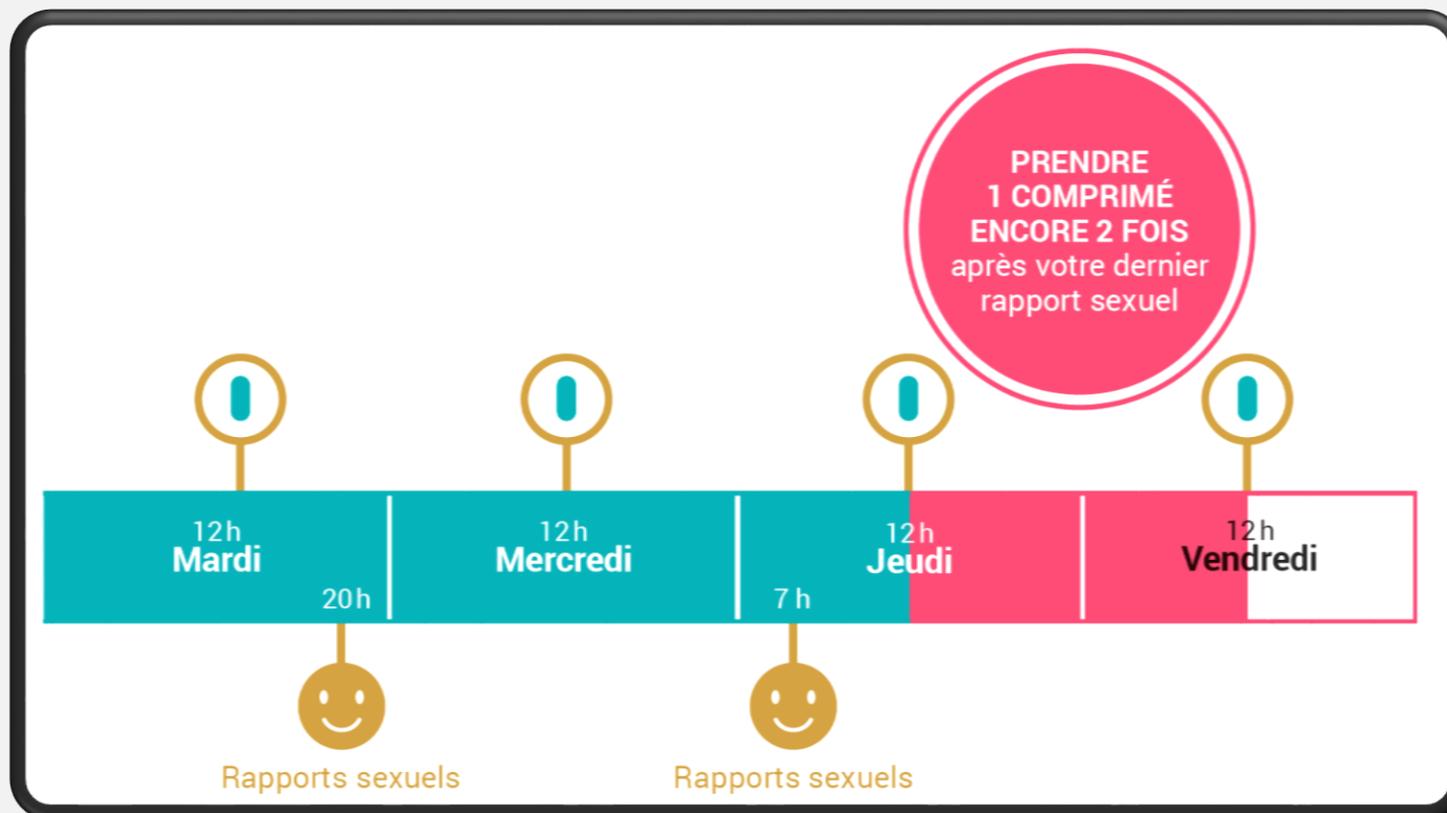
EN PRATIQUE, LE SCHÉMA CONTINU CONCERNE ESSENTIELLEMENT LES HSH (RAPPORT ANAL)

- On commence avec 2 comprimés en une prise : protection
- Puis un comprimé par jour



POUR ARRÊTER LE SCHÉMA DISCONTINU

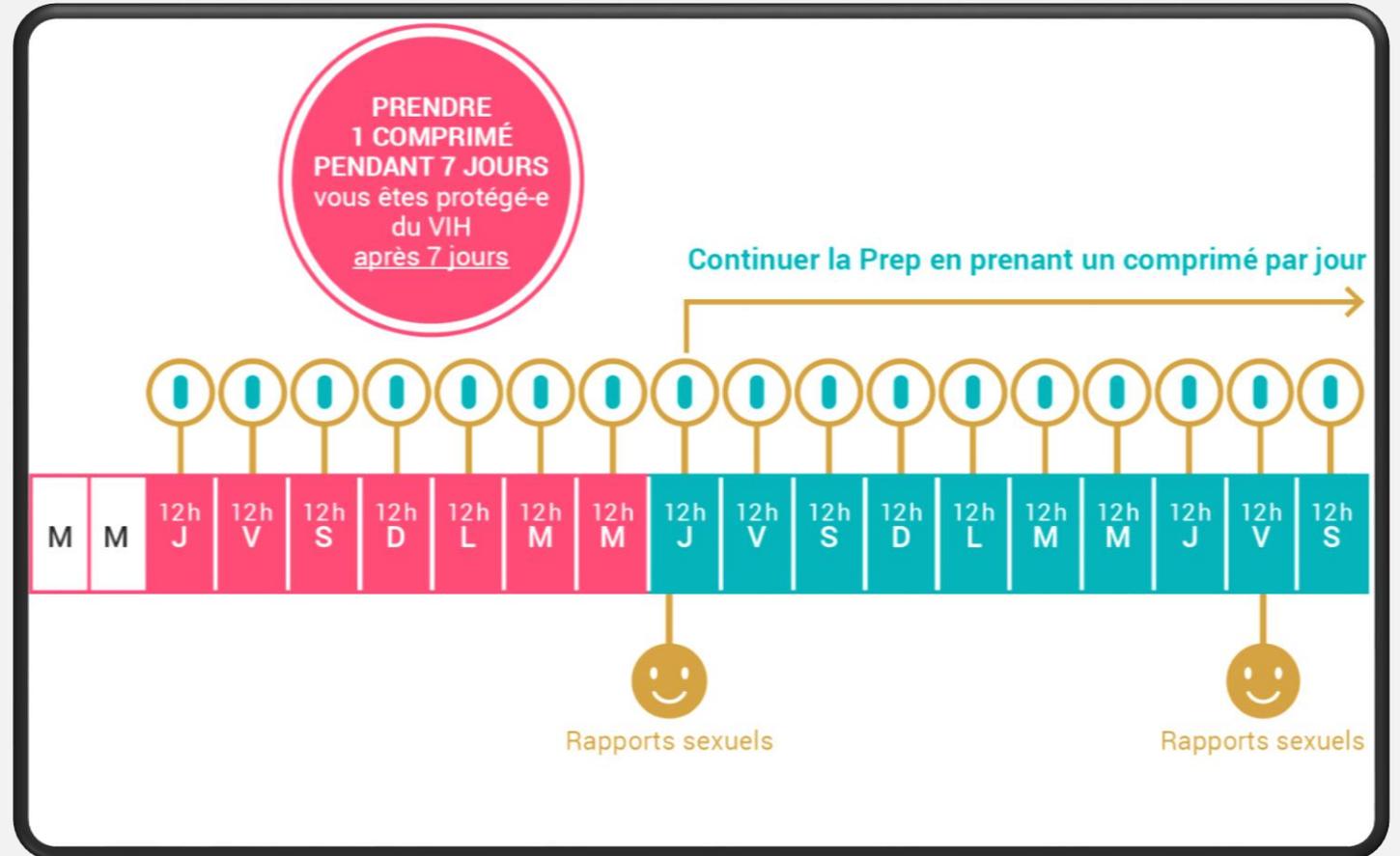
- On n'arrête pas avant d'avoir pris deux prises après la dernière exposition à risque



LE SCHÉMA CONTINU CONCERNE HOMMES ET FEMMES

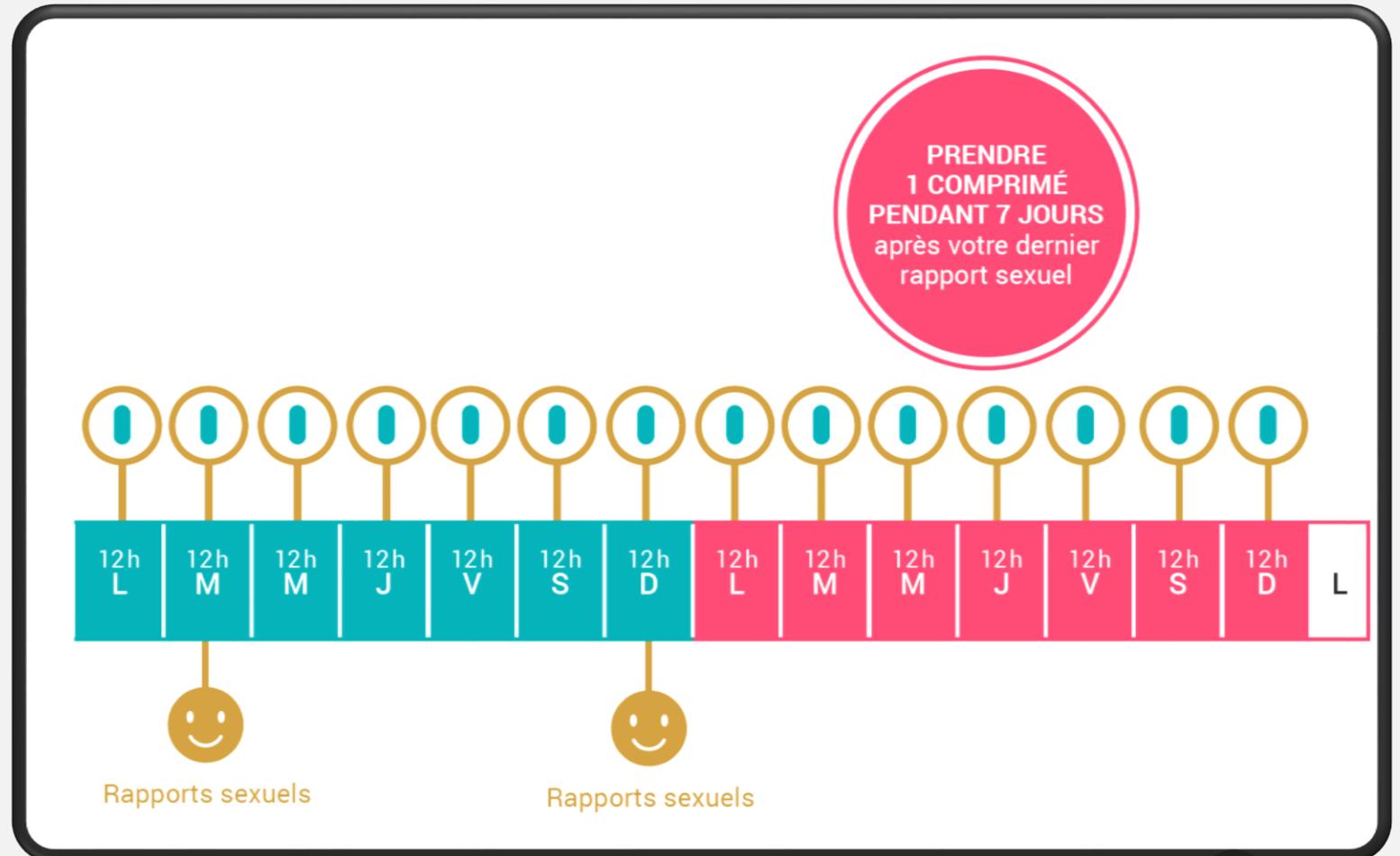
- On commence avec 1 comprimé* en une prise
- Puis un comprimé par jour

**Les hommes peuvent commencer avec 2 cps pour une protection plus rapide*



POUR ARRÊTER LE SCHÉMA CONTINU

- On n'arrête pas avant d'avoir pris 7 prises après la dernière exposition à risque



LA PREP EN PRATIQUE (3) : LE SUIVI

- **Consultation à MI**
 - Retours sur observance (et bonne compréhension si schéma de prise à la demande)
 - Tolérance
 - Bilan biologique : créatininémie et sérologie VIH
- **Consultation de renouvellement trimestriel :**
 - Observance
 - Poursuite vaccinations : Hépatites A et B , HPV si < 26 ans , méningocoque
 - Orientation vers addictologue ou sexologue si besoin
 - Bilan biologique : suivi rénal (créatininémie), efficacité (VIH) et autres IST
 - En cas d'arrêt de PrEP : reprise à discuter en fonction des prises de risques
 - Attention de ne pas reprendre alors qu'une primo-infection est en cours
 - Si signe de primo-infection VIH : référent hospitalier

Ordonnance M1 post initiation



Le mercredi 2 février 2022

M.

Ordonnance de surveillance d'un traitement par Emtricitabine-Tenofovir en préexposition (PrEP)

Faire pratiquer un mois après le début du traitement

- Créatininémie
- Sérologie VIH

Dr Cédric Arvieux

Ordonnance à partir de M3



Le jeudi 3 février 2022

M.

Ordonnance de surveillance d'un traitement par Emtricitabine-Tenofovir en préexposition (PrEP)

Faire pratiquer par laboratoire agréé **tous les 3 mois** pendant 1 an :

- Dosage sanguin de la créatinine
- Sérologie VIH
- Sérologie Syphilis dépistage (ou test non tréponémique en cas d'ATCD de syphilis)
- PCR gonocoque et chlamydia 3 sites (écouvillon pharyngé et écouvillon anal par auto-prélèvement, PCR urinaire)

Une fois par an

- Sérologie VHC
- Rapport protéinurie/créatininurie sur échantillon

I

Merci d'adresser les résultats par mail sécurisé sur l'adresse cedric.arvieux@chu-rennes.mssante.fr ou cedric.arvieux.chu-rennes@apicrypt.fr



Tableau récapitulatif de suivi clinique et biologique de la PrEP

TABLEAU RECAPITULATIF DU SUIVI / 3 mois		Avant l'initiation	1 ^{er} mois de suivi	Tous les 3 mois	Tous les ans
SUIV CLINIQUE	Observance du traitement et mode de prise		x	x	
	Rechercher signes évocateurs de primo infection (charge virale VIH si besoin) ou d'IST	x	x	x	
	Effets indésirables Médicaments néphrotoxiques		x	x	
	Pratiques sexuelles / prévention diversifiée	x	x	x	
	Consommation de substances psychoactives	x	x	x	
SUIV BIOLOGIQUE	Sérologie VIH (**TROD et autotests déconseillés)	x (<7)	x	x	
	Sérologie VHB	x		Si nonimmunisé	
	Sérologie VHA	x			
	Créatinine, DFG		x	x*	x*
	ALAT	x		x	
	Sérologie VHC	x			x**
	Sérologie syphilis	x		x	
	PCR Chlamydia / gonocoque génital, pharyngé et/ou anal	x		x***	
	Bêta HCG	x		-	-

*

- Au-delà de M4, si DFG > 90 ml/min, âge < 55 ans et sans facteurs de risque de maladie rénale et âge < 55 ans : DFG annuel
- si la clairance de la créatinine est > 90 ml/min, le dosage de la créatininémie avec mesure du DFG peut se faire une fois par an
- Si DFG entre 70 et 90 ml/mn, ou présence de facteurs de risque de maladie rénale ou âge > 55 ans : surveillance semestrielle
- Si DFG < 70 ml/mn : la surveillance trimestrielle

** La sérologie VHC peut être réalisée plus fréquemment en présence de facteurs de risques spécifiques : usage de drogues à visée sexuelle (SLAM ou Chemsex), pratiques traumatiques (FIST).

*** En cas de faible risque d'exposition, le délai de surveillance des IST peut être élargi à 6 mois

CAS CLINIQUE : KEVIN (I)

- Kevin, 22 ans, sans ATCD particuliers, a une dizaine de partenaires masculins par mois, rencontres qu'il fait dans les clubs et sur les réseaux sociaux
 - Utilise les préservatifs « le plus souvent possible » mais pas pour les rapports oro-génitaux
- Il vient suite à un dépistage positif de syphilis fait en CeGIDD.

→ Que lui proposez-vous ?

CAS CLINIQUE : KEVIN (2)

- Vous aviez mis Kevin sous PrEP par TDF/FTC; les contrôles à 1, 3, 6 mois étaient sans particularités, mais après, plus de nouvelles !
- Vous revoyez Kevin seulement deux ans plus tard
- Le nombre de partenaires est plutôt en augmentation, il a eu son dernier rapport non protégé (ni préservatif ni PrEP) il y a 7 jours.

→ Que lui proposez-vous ?

CAS CLINIQUE : KEVIN (3)

- Kevin est de nouveau sous PrEP, et lors de son contrôle à 1 an la créatininémie est passée de 76 $\mu\text{mol/L}$ à 116 $\mu\text{mol/L}$

→ Que lui proposez-vous ?

RÉFLEXES À AVOIR POUR LE SUIVI D'UN PATIENT SOUS PREP

- **En cas de doute sur une primo infection/séroconversion VIH :**
 - ⦿ Prescrire une charge virale VIH plasmatique en urgence
 - ⦿ Suspendre la PrEP en raison du risque de développement de résistances
 - ⦿ Reprendre l'utilisation systématique du préservatif dans l'attente des résultats

- **En cas de séroconversion VIH :**
 - ⦿ Arrêt de la PrEP et prise en charge en urgence dans un centre spécialisé
 - ⦿ Remplir et envoyer une fiche de déclaration de séroconversion sous PrEP
 - → Au Centre National de Référence du VIH (CNRVIH), Hôpital Saint-Louis, Paris (marie-laure.chaix@aphp.fr)
 - → Au CRPV dont vous dépendez
 - ⦿ Déclaration obligatoire d'infection à VIH (eDO)

RÉFLEXES À AVOIR POUR LE SUIVI D'UN PATIENT SOUS PREP

- **Altération rénale**

- Recherche de pathologies sous-jacentes
- Recherche de prise concomitante de médicaments néphrotoxiques
- Renforcement de la surveillance de la fonction rénale :
 - → En cas de clairance rénale < 60 ml/min ou de baisse inexpliquée de la fonction rénale :
 - Contrôler la fonction rénale à J7, en complétant le bilan avec la kaliémie, phosphorémie, glycémie, ainsi que la glycosurie, protéinurie, phosphaturie, créatininurie pour calcul du taux de réabsorption du phosphore
 - Interrompre la PrEP si la clairance rénale contrôlée < 60 /ml et ou si d'autre signes de néphrotoxicité

- **A chaque consultation**

- Importance de l'observance:
 - → Recherche de mésusages, surdosages, proposition de rappel de prise sur téléphone portable...
- Vérifier la bonne compréhension du schéma de prise
- Consommation de substance psychoactives
- Stratégie de prévention diversifiée
- Traitement post-exposition d'urgence en cas de mauvaise observance ou de rapports non protégés par la PrEP

RÉFLEXES À AVOIR EN CAS D'OUBLI DE PRISE DANS UN SCHÉMA CONTINU

- **Prise quotidienne à un horaire le plus régulier possible**
- **En cas de vomissements :**
 - → Reprendre la PrEP si vomissement < 1h après la prise
 - → Ne pas reprendre de comprimé si le vomissement a lieu plus d'une heure après la prise
- **Oubli ou impossibilité de prise à l'horaire habituel :**
 - → Rattraper la prise si oubli < 12h00 après l'horaire habituel, puis revenir à l'horaire habituel
 - → Oubli > 12h après l'horaire habituel mais bonne observance les jours précédents, il est proposé de sauter la prise et d'attendre l'heure habituelle du lendemain pour prendre un comprimé
- **En voyage, la façon la plus simple de prendre la PrEP est d'adapter la prise horaire selon le mode de vie du voyage et le fuseau horaire du pays visité**
- **Un traitement post-exposition d'urgence est indiqué en cas de mauvaises observance :**
 - → Si le traitement a été pris moins de 4 fois dans les 7 derniers jours précédent un rapport à protéger chez les hommes cisgenres, quelle que soit l'orientation sexuelle
 - → Si le traitement a été pris moins de 6 fois dans les 7 derniers jours chez les femmes cisgenres ou toute autre identité de genre, quelle que soit l'orientation sexuelle
 - → Adresser le patient pour initier un traitement, idéalement dans les 4h suivant l'exposition :
 - Jours et heures ouverts : CeGIDD ou service spécialisé
 - Nuit, Week-end et jours fériés : services d'urgences

RÉFLEXES À AVOIR EN CAS D'OUBLI DE PRISE DANS UN SCHÉMA DISCONTINU

- **Quand la PrEP est prise selon le schéma à la demande, il est nécessaire de respecter le délai de 24 heures +/- 2 heures entre les prises**
- **En cas de vomissements :**
 - → Reprendre la PrEP si vomissement < 1h après la prise
 - → Ne pas reprendre de comprimé si le vomissement a lieu plus d'une heure après la prise
- **Un traitement post-exposition (TPE) d'urgence est indiqué en cas de mauvaise observance :**
 - → La PrEP n'a pas été débutée avant le rapport sexuel ou si le délai de 2 heures avant le rapport n'a pas été respecté
 - → Les prises du schéma à la demande n'ont pas été respectées
 - → Adresser le patient pour initier un traitement, idéalement dans les 4h suivant l'exposition
 - Jours et heures ouvrés : CeGIDD ou service spécialisé
 - Nuit, Week-end et jours fériés : services d'urgences

SUPPORT À L'OBSERVANCE DE LA PREP

🕒 **Des applications** pour faciliter l'observance et le suivi de la PrEP :

- → AT PrEP (android, IOS)
- → Myprep
- → Medisafe (IOS)

🕒 **Le pilulier classique**

🕒 **Un groupe d'auto-support**

- → PrEP'Dial

🕒 **Des consultations par des accompagnants formés**



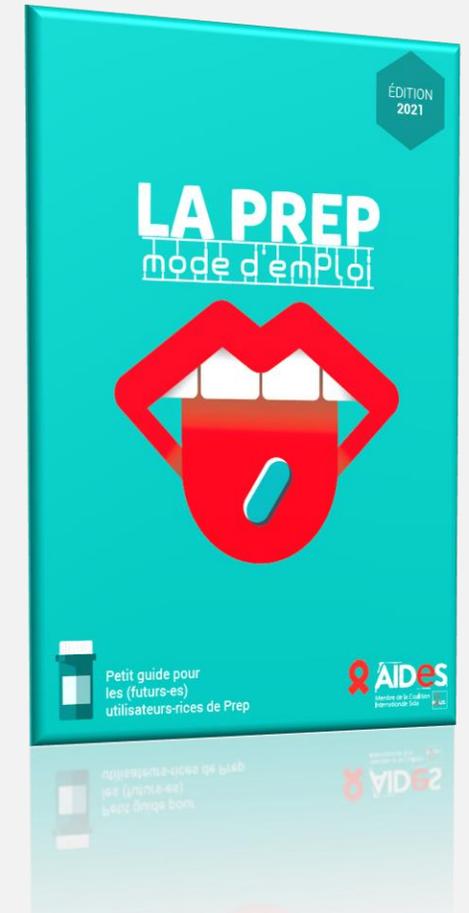
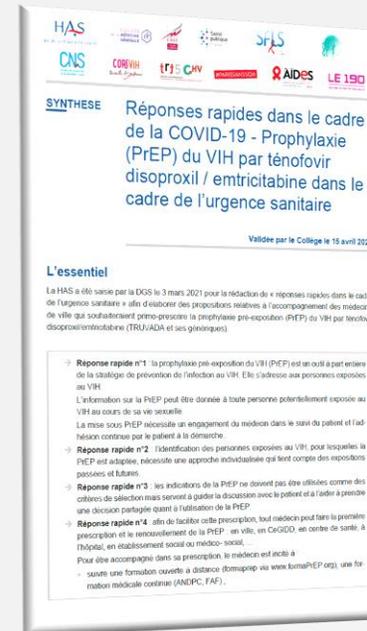
BIBLIOGRAPHIE

🕒 *La PREP mode d'emploi.*

Petit guide pour les (futurs-es) utilisateurs-rices de PrEP.

AIDES 2021

Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19
Prophylaxie pré-exposition au VIH par Ténofovir disoproxil
/Emtricitabine dans le cadre de l'urgence sanitaire



DOCUMENTATION ET FORMATION

FormaPrEP



Épidémiologie
Le VIH et les populations clés



Prévention diversifiée
Les outils disponibles



Consultations
Les étapes en pratique



Santé sexuelle
Aborder la sexualité en médecine générale



RÉSEAU PREP

Où et comment diriger?



Gratuit et accessible, environ une heure par module

EN CONCLUSION SUR LA PREP : **NE PAS AVOIR PEUR DE LA PREP !**

- Une seule possibilité thérapeutique pour l'instant
 - PrEP injectable IM tous les deux mois à venir
- Surveillance « simple »
 - Tolérance = créatinine
 - Contexte = IST / VIH
- La PrEP c'est pas forcément « pour la vie »
 - C'est une possibilité parmi d'autres, pour des sexualités parmi d'autres !
 - Situation de la PrEP très analogue à la question de la contraception

Le TPE

C'est compliqué et on ne sait pas si c'est vraiment efficace !

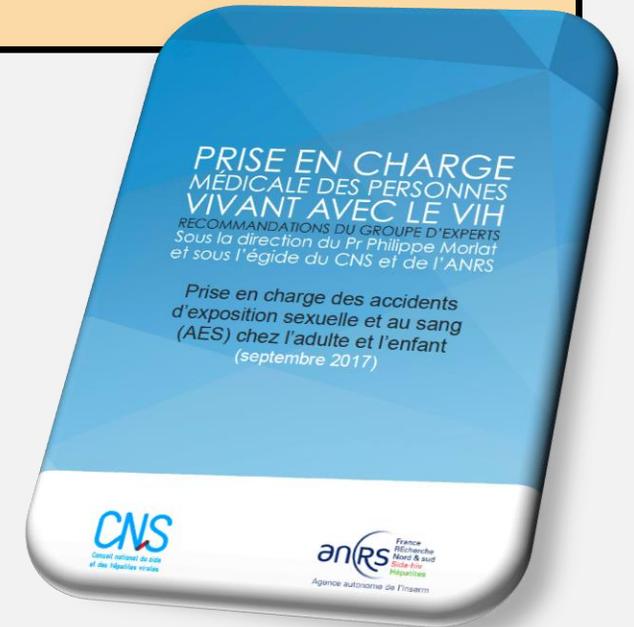
Dr Cédric Arvieux

Dr Cédric Arvieux – Maladies infectieuses et Réanimation – COREVIH-Bretagne

Formation continue en médecine générale – 3 février 2022

TRAITEMENT POST EXPOSITION (TPE)

- Principe
 - Donner un traitement après l'exposition pour faire « avorter » l'infection
- Rationnel de preuve
 - Etudes chez les primates non-humains
 - Prévention de la transmission mère enfant / AZT
 - Prévention de la transmission après AEV sanguin professionnel
 - Pas de preuves de l'efficacité chez l'humain pour la transmission sexuelle



LE TRAITEMENT POST-EXPOSITION (TPE)

- ⊙ Exposition sexuelle, sanguine ou professionnelle
- ⊙ Traitement post-exposition : urgence thérapeutique
 - Idéalement débuté dans les 4 heures. Toujours dans les 48 heures
 - Trithérapie antirétrovirale pendant 4 semaines
- ⊙ Urgences (week end et nuits), Services spécialisés et Centres de dépistage (CeGIDD - heures ouvrables)
- ⊙ Conduite à tenir en cas de doute
 - ⊙ Appeler la ligne d'infectiologie 02 99 28 97 61

Indications TPE après exposition sexuelle

Statut VIH de la personne source

Risque et nature de l'exposition	POSITIF		INCONNU	
	Cv détectable	Cv < 50 copies/ml *	Groupe à prévalence élevée **	Groupe à prévalence faible ou inconnue
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive avec éjaculation	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

** Groupe à prévalence élevée : HSH multipartenaires, travailleurs du sexe, ou personne originaire de région à prévalence du VIH >1% (Afrique, Caraïbes dont Antilles françaises, Amérique du Sud dont Guyane, Asie), ou usager de drogue injectable.

Indications de TPE après exposition au sang

Statut VIH de la personne source

Risque et nature de l'exposition	POSITIF		INCONNU
	CV détectable	CV <50 copies/ml	
Important : <ul style="list-style-type: none"> • Piqure profonde, aiguille creuse et intra-vasculaire (artérielle ou veineuse) 	TPE recommandé	TPE non recommandé*	TPE recommandé
Intermédiaire : <ul style="list-style-type: none"> • Coupure avec bistouri • Piqure avec aiguille IM ou SC • Piqure avec aiguille pleine • Exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 minutes 	TPE recommandé	TPE non recommandé*	TPE non recommandé
Faible : <ul style="list-style-type: none"> • Piqures avec seringues abandonnées • Crachats, morsures ou griffures, autres cas 	TPE non recommandé		

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

L'AVENIR DU TPE

- **Action n°15 : Renforcer l'accessibilité du Traitement Post Exposition (TPE)**
- **2022** : Permettre aux médecins de premier recours et aux médecins scolaires la délivrance du TPE, sous forme de starter kit ou de délivrance complète ;
- Début **2024** : Poursuivre l'accessibilité au TPE en permettant aux pharmaciens et aux infirmiers scolaires de délivrer un starter kit TPE, ces professionnels étant habilités à délivrer la contraception d'urgence.



EN PRATIQUE

- Haut risque
 - Rapports HSH et personnes originaires de pays d'endémie forte
 - TPE « large »
- Bas risque
 - Rapport
 - hétéro hors haute endémie
 - TPE « exceptionnel »

Intégration de la « demande » du patient +++ compte tenu de l'absence de bases scientifiques nettes.

DOCUMENTATION ET FORMATION

FormaPrEP



Épidémiologie

Le VIH et les populations clés



Prévention diversifiée

Les outils disponibles



Consultations

Les étapes en pratique



Santé sexuelle

Aborder la sexualité en médecine générale



RÉSEAU PREP

Où et comment diriger?



Gratuit et accessible, environ une heure par module

UN PETIT CAS PRATIQUE

Pour situer les niveaux de risques... et comment y faire face

ALBERT



- Albert débarque à votre cabinet à 9h un lundi matin, tout en panique. Il a eu un rapport sexuel sans préservatif avec une ancienne copine samedi soir, et il ne l'a pas trouvée très en forme... dimanche matin, il a pensé qu'elle était peut-être malade et dimanche soir il était persuadé qu'elle avait le SIDA !!!

QUELLE EST LA PROBABILITÉ APPROXIMATIVE QUE SA COPINE (NÉE EN BRETAGNE) SOIT INFECTÉE PAR LE VIH

- a. 10%
- b. 5%
- c. 1%
- d. 0,1%
- e. 0,01%

QUELLE EST LA PROBABILITÉ APPROXIMATIVE QUE SA COPINE (NÉE EN BRETAGNE) SOIT INFECTÉE PAR LE VIH

- a. 10%
- b. 5%
- c. 1%
- d. 0,1%
- e. **0,01% (1/10.000)**

SI ELLE EST EFFECTIVEMENT INFECTÉE PAR LE VIH, QUELLE EST LA PROBABILITÉ APPROXIMATIVE DE TRANSMISSION À ALBERT (PROBABILITÉ DE TRANSMISSION PAR UN RAPPORT HÉTÉROSEXUEL VAGINAL SANS PRÉSERVATIF) ?

- a. 50%
- b. 25%
- c. 10%
- d. 1%
- e. 0,5%
- f. 0,05 %

SI ELLE EST EFFECTIVEMENT INFECTÉE PAR LE VIH, QUELLE EST LA
PROBABILITÉ DE TRANSMISSION À ALBERT (PROBABILITÉ DE TRANSMISSION
PAR RAPPORT SEXUEL NON PROTÉGÉ) ?

- a. 50%
- b. 25%
- c. 10%
- d. 1%
- e. 0,5%
- f. 0,05 %

RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH

Mode de transmission	Risque pour 10.000	Intervalle de confiance (%)
Parentéral		
Transfusion	9000 (9/10)	89 – 96.1
Echange de seringue	67 (1/150)	0.41 – 0.92
Piqûre transcutanée	23 (1/435)	0 – 0.46
Sexuel		
Anal réceptif	138 (1/72)	1.02 – 1.86
Anal insertif	11 (1/900)	0.04 – 0.28
Pénis/vaginal réceptif	8 (1/1250)	0.06 – 0.11
Pénis/vaginal insertif	4 (1/2500)	0.01 – 0.14
Oral/sexuel réceptif	Bas	0 – 0.04
Oral/sexuel insertif	Bas	0 – 0.04
Vertical		
Transmission mère-enfant à la naissance	2260 (1/4)	17 – 29
Transmission mère-enfant + allaitement maternel	4000 (4/10)	