

# Condylome

Pas de lien d'intérêt

Forum IST, 14 décembre 2018  
Paris, Palais des Congrès

Dr BERTOLOTTI Antoine  
Service de maladie infectieuse –  
dermatologie - CeGIDD

CHU de la Réunion, site SUD

Cascade Langevin

# Introduction

- Causé par les *Human Papillomavirus* non oncogènes (HPV 6 et 11) (*Zur Hausen H. 1987, Ball et al. 2011*)
  - 65% d'HPV à haut risque chez les immunodéprimés (HPV 16+++)  
(*Brown DR et al. 1999*)
- Maladie sexuellement transmissible (MST)
  - 62% des partenaires atteints (*Oriel JD. 1971*)
  - Médiane : 2,9 mois Femmes vs. 11,2 mois Hommes (*Arima et al. 2010*)
- Incidence annuelle de 1% (*Pirotta M et al. 2010*)
  - Prévalence 11% (*Kjaer SK et al 2007, Bruni et al 2011*)
- Complications :
  - Impact psychosexuel
  - Saignement, dyspareunies
  - Néoplasie à HPV
- Coûts : 140 Millions \$ (USA) (*Insinga RP et al. 2003*)



# Traitement

Recommandation Européenne  
(Gilson et al. 2019)

- **Condylomes Génitaux Externes**
  - Pas de hiérarchie de traitement
    - Manque d'étude comparative
    - Haut niveau de biais des études
  - **2<sup>nd</sup> ligne : 5-FU crème, INF intralésionel/ crème**
  - **PDT non recommandée**
  - Podophyllotoxine 0,5% solution puis Laser CO2 si récurrence (Thurgar et al 2016)

## Décision en fonction :

- Du souhait du patient
- Des compétences du médecin
- Du nombre de CAE et du site

## CAS PARTICULIERS

- **Condylomes chez les Immunodéprimés :**
  - Laser CO2 (anal), Imiquimod (externe) [Werner et al 2017](#)
- **Condylomes pendant la grossesse :**
  - Cryothérapie ou TCA ou chirurgie ou électrochirurgie ou laser CO2
  - Eviter les traitements topiques
- **Condylomes anaux / vaginaux / uréthraux :**
  - Cryothérapie ou TCA ou chirurgie ou électrochirurgie ou laser CO2

## Coût très variable

- \* Cryothérapie : 4.27 £
- \* Imiquimod : 51.32 £
- \* Laser CO2 : 125.49 £

=> Moyenne / patient 282 £  
([woodhall 2011](#))

# Condylome et Grossesse

## IMIQUIMOD

### ÉTAT DES CONNAISSANCES

- Les données publiées chez les femmes enceintes exposées à l'imiquimod sont très peu nombreuses, mais aucun élément inquiétant n'a été signalé à ce jour.
- L'imiquimod n'est pas tératogène chez l'animal.

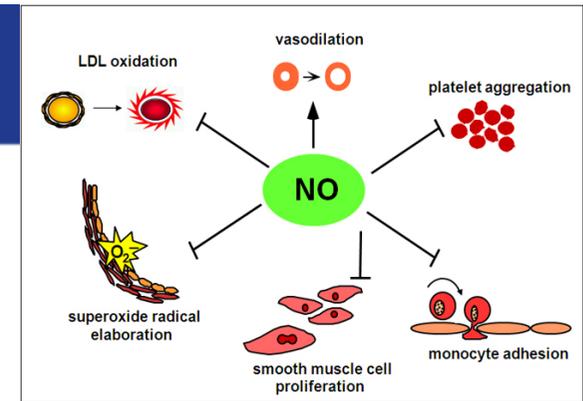
### EN PRATIQUE

- **Traiter une femme enceinte**

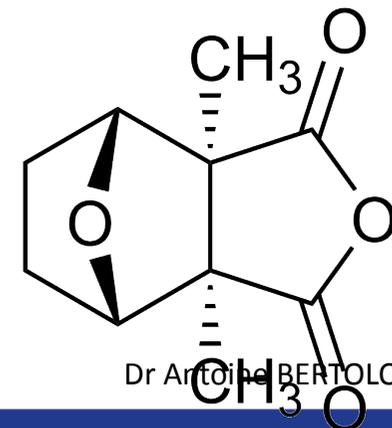
- Pour les condylomes acuminés on préférera utiliser un traitement physique (vaporisation au laser CO<sub>2</sub>, cryothérapie, chirurgie...) ou de l'acide trichloracétique, quel que soit le terme de la grossesse.
- Si ces options ne sont pas adaptées ou s'il s'agit d'un carcinome basocellulaire superficiel, l'utilisation d'imiquimod est possible, de préférence après le 1er trimestre de grossesse.

- 4 patientes avec réponses entre 70 et 100% sans effet secondaire ([Ciavattini A J Matern Fetal Neonatal Med 2012](#))
- 17 patiente, 13/17 efficacité à 100%, Pas d'effet secondaire sur la grossesse (1 Contraction) Pas d'anomalie foétale ([Audisio Gynecol & obst 2008](#))

# Actualités thérapeutiques 2018 (1)



- **Monoxide d'azote (NO) en topique** [Tyring SK J Drugs Dermatol 2018](#)
  - Phase 2, double aveugle, randomisé, escalade de dose (4% 1X/J vs 2X/J, 8%, 12%) N=108
  - NO > Placebo à 12 semaines (12% = 33% vs placebo 4,3%)  
p=0,01
- **Cantharidine** : [Recanati M A Clin Exp Obstet Gynecol 2018](#)
  - *Produite par les insectes comme poison pour protéger leurs œufs*
  - *Utilisée dans les Molluscums ou verrues*
  - Randomisé Cantharidine vs. TCA (N=12)
    - Moins de cicatrice (p=0,03)
    - Moins de douleur (p=0,01)
    - Moins d'application de traitement 2,2 vs 3 (P=0,01)
    - Plus d'efficacité 100% vs 66% (p=0,45)



Dr Antoine BERTOLOTTI

# Actualités thérapeutiques 2018 (2)



## • Photothérapie dynamique :

- **Femmes enceintes** 3 PDT (N= 22; C=93,8%; R=6,3%) vs 3 Cryo (N= 16; C=72,7% - R=36,4%) [Yang T 2018](#)
  - Pas d'anomalie chez le nouveau né rapporté
- **Méat** (électrochir + PDT x 1-6) N=21 [Xie J 2018](#)
  - Baisse de la charge virale au fur et à mesure des séances
  - Pas de récurrence
- **Anal**
  - Randomisé : Imiquimod + PDT (N=52; C=92,3%; R=3,85%) vs INF crème (N=52; C=75%; R=19,23%) [Meng X 2018](#)
  - N=19, Plusieurs séances de PDT; 100% efficacité, pas de récurrence [Ao C 2018](#)
- **Enfant** N=12, >2<sup>ème</sup> ligne, PDT +/- chir 2 à 6 séances 100% efficace, 0% récurrence [Xu M 2018](#)

C = Clairance  
R = Récurrence

# Herpes

Pas de lien d'intérêt

**Dr BERTOLOTTI Antoine**

**Service de maladie infectieuse –  
dermatologie - CeGIDD**

**CHU de la Réunion, site SUD**

**Forum IST, 14 décembre 2018**  
**Paris, Palais des Congrès**

Cirque de Mafate

## Guideline

## 2017 European guidelines for the management of genital herpes

Rajul Patel<sup>1</sup>, Oliver J Kennedy<sup>2</sup>, Emily Clarke<sup>1</sup>, Anna Geretti<sup>3</sup>, Arvid Nilsen<sup>4</sup>, Stephan Lautenschlager<sup>5</sup>, John Green<sup>6</sup>, Gilbert Donders<sup>7</sup>, Willem van der Meijden<sup>8</sup>, Mikhail Gomborg<sup>9</sup>, Harald Moi<sup>10,11</sup> and Elizabeth Foley<sup>1</sup>

International Journal of STD & AIDS  
0(0) 1-14  
© The Author(s) 2017  
Reprints and permissions:  
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav  
DOI: 10.1177/0956462417727194  
journals.sagepub.com/home/std



- **Prévalence**
  - HSV-2 => 417 Millions (Monde)
    - 31,5% en Afrique, 14,4% Amériques
    - HERPIMAX 18% F et 14% H (France)
  - Herpès génital à HSV-1
    - 20% F vs 9% H
- **Asymptomatique +++**
  - 70-90%
- **Transmission du risque :**
  - Lors de lésion
  - En absence de lésion (excrétion virale subclinique)
    - HSV2 > HSV1 dans la 1<sup>ère</sup> année de récurrence
  - Sens H->F >>> Sens F->H (8,9/10 000 RS vs 1,5/10 000 RS)

# Excrétion virale asymptomatique

- **Définition :** *Présence de virus sur les muqueuses génitales en l'absence de toute manifestation clinique concomitante*
- **Mode majeur :**
  - de transmission de l'HSV génital (50-90%)
  - d'acquisition de l'HSV néonatal
- **Facteurs de risque :**
  - HSV-2
  - <12 mois après la primo-infection
  - Femme avec >12 récurrences / an
  - J-7 < récurrence < J+6
- **Durée :**
  - <6h (25%)
  - <12h (50%)

# Diagnostic :

- **PCR HSV locale = gold standard (Ib,A)** (Gupta Lancet 2007, Geretti Sex Transm Infect 2006)
  - Recommandé pour tous les symptomatiques (Ib, A)
    - Typage HSV1 ou HSV2 recommandé pour le 1<sup>er</sup> épisode (conseil et prise en charge) (III,B) (Casper Herpes 2002)
  - Non recommandé si asymptomatique (Ib,A)
- **Sérologie non recommandée (IV, C) sauf :**
  - Récurrence chronique atypique (III, B)
  - 1<sup>er</sup> épisode si cela peut aider à la prise en charge (lors de la séroconversion : 90J)
  - Dans le cadre de couples sérodiscordants (Ib, A)
  - Femme enceinte ayant un partenaire aux ATCD d'herpès (IIb, B) Brown NEJM 1997, Tita Obstet Gynecol 2006
  - Transmission périnatale VIH +++ si mère HSV2+ Drake Obstet Gynecol 2007, Bollen AIDS 2008
    - Mais preuve peu consistante (IV, C) Chen Am J Obstet Gynecol 2008

Munday Sex Transm Infect 1998, Ramaswamy Sex Transm Infect 2005

# Traitement de la Primo-Infection

- Primo-infection :
  - Si lésion <5j => Aciclovir, Valaciclovir, Famciclovir (Ib, A) Corey J  
*Antimicrob Chemother 1983, Fife Sex Transm Dis 1997*
  - Crèmes non recommandées (efficacité – & Résistance) (IV, C) Reyes  
*Arch Intern med 2003*
  - Traitement IV (5-10j) si vomissement :
    - Aciclovir 400mg 3X/J Aciclovir 200mg 5x/J Famciclovir 250mg 3x/J  
Valaciclovir 500mg 2x/J
  - Anesthésiques locaux : lignocaine/lidocaine Weightman Contact Dermatitis  
1998
  - Cas particulier : VIH+
    - Pas de Reco : Certains proposent 10j et double dose (IV, C)
- Complications :
  - Rétention urinaire => cathéter sus-pubien
  - Méningisme
  - Surinfection (>7j) Candida +++

Recommandations de la SFD 2016

# Traitement de la Récurrence (1)

- **<6 épisodes / an**
  - Traitement oral : Réduction de 1 à 2 j (Ib, A) Nilsen Lancet 1982, Sacks JAMA 1996
  - Initiation <24h => **Ordonnances anticipées**
  - **Cure courte :**
    - Aciclovir 800mg 3X/j 2J Wald Clin Infect Dis 2002
    - Famciclovir 1g 2X/j 1J Bodsworth Sex Health 2008
    - Valaciclovir (Ib, A) 500mg 2X/J 3J Wald Clin Infect Dis 2002, Aoki Clin Infect Dis 2006
  - **Cure longue 5J :**
    - Aciclovir 400mg 3X/J Aciclovir 200mg 5X/J Valaciclovir 500mg 2X/J  
Famciclovir 125mg 2X/J

Recommandations de la SFD 2016

# Traitement de la Récurrence (2)

- **>6 épisodes / an**

Recommandations de la SFD 2016

- Surveillance continue sur > 18 ans rassurante
  - Pas de dose cumulative toxique & Ajustement pour les Ins Rénales
- Aciclovir (Ib, A) Dose unique non efficace
  - 200mgX4/J > 400mg 2X/j (p<0,02) (IIb, B) Mindel Lancet 1988
  - 400mg 2X/J = Valaciclovir 250mg 2X/J
- Valaciclovir
  - <10 récurrence => **500mg/J**
    - = Famciclovir 250mg 2X/J (IV, C) Geretti Sex Transm Infect 2006
  - > 10 récurrence => 250mgX2/J ou 1g/J Lebrun-Vignes JAAD 2007

# Traitement de la Récurrence (2)

- **>6 épisodes / an**

Recommandations de la SFD 2016

- Surveillance continue sur > 18 ans rassurante
  - Pas de dose cumulative toxique & Ajustement pour les Ins Rénales
- Aciclovir (Ib, A) Dose unique non efficace
  - 200mgX4/J > 400mg 2X/j (p<0,02) (IIb, B) [Mindel Lancet 1988](#)
  - 400mg 2X/J = Valaciclovir 250mg 2X/J
- Valaciclovir
  - <10 récurrence => **500mg/J**
    - = Famciclovir 250mg 2X/J (IV, C) [Geretti Sex Transm Infect 2006](#)
  - >10 récurrence => 250mgX2/J ou 1g/J [Lebrun-Vignes JAAD 2007](#)
- **Réévaluation de la poursuite thérapeutique tous les ans**
  - Si arrêt proposition d'attendre 2 nouvelles poussées pour reprendre (IV, C)
- **Traitement probabiliste (pré-examens, pré-vacances...)**
- **Le traitement permet de diminuer les excrétions infracliniques**
  - Valaciclovir 500mg/J => Baisse de 50% chez les couples séro-discordants (Ib, A) [Corey NEJM 2004](#)
  - Aciclovir 400mg 2X/J (idem)

# CAS PARTICULIERS

- Immunodéprimés
- Grossesse

Figure 1. Algorithm for the treatment of herpes in immunocompromised individuals.

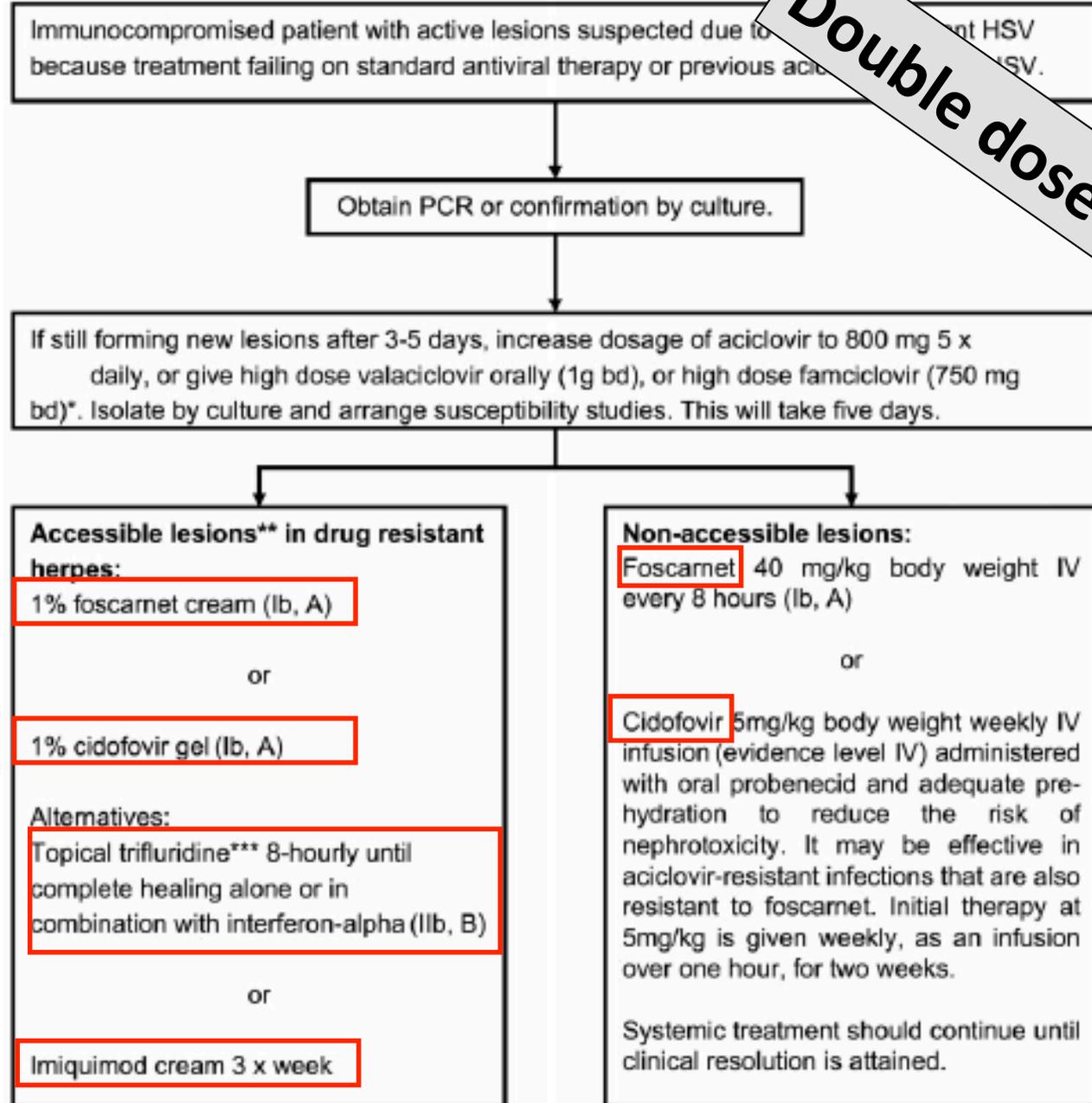
- Traitement Primo-infection
  - Aciclovir 400mg 5X/J 7-10j
  - Valaciclovir 500-1000mg 2X/j 10j
  - Famciclovir 250-500mg 3X/J 10j
- Traitement des recurrences
  - Cure longue 5J : Aciclovir 400mg 5X/J Valaciclovir 1000mg 2X/J Famciclovir 250mg 2X/J

### Trifluridine :

\*Analogue nucléosidique de la thymidine

Associé à du tipiracil (inhibiteur de la thymidine phosphorylase) => LONSURF® traitement du K du colon (2016)

\*Utilisé en collyre à 1% => Kératite herpétique (Kessler HA J Acquir Immun Defic Syndr Hum Retrovirol 1996)



**Double dose**

\*All HSV strains resistant to aciclovir are also resistant to valaciclovir

\*\* Accessible lesions are those suitable for topical management.

\*\*\* These products will often have to be made up in house

## Herpès

### Prévention et prise en charge de l'infection herpétique au cours de la grossesse et de l'accouchement : recommandations pour la pratique clinique – texte des recommandations (texte court)



2017-2018

M.-V. Sénat<sup>a,\*,b</sup>, O. Anselem<sup>c</sup>, O. Picone<sup>d,e</sup>, L. Renesme<sup>f</sup>, N. Sananès<sup>g</sup>,  
C. Vuloup-Fellous<sup>b,h</sup>, Y. Sellier<sup>i</sup>, J.-P. Laplace<sup>j</sup>, L. Sentilhes<sup>k</sup>

Milpied B et al. Annales de Dermatologie  
et Vénérologie (sous presse)

- 1) Prise en charge d'un herpès non connu pendant la grossesse
  - TTT Aciclovir 200mg 5/J
  - + >36SA (Aciclovir 400mg 3/J ou Valaciclovir 500mg 2/J)
  - Césarienne si CU ou RPM
- 2) Prise en charge d'une récurrence pendant la grossesse
  - Valaciclovir 500mg 2/J + >36SA (Aciclovir 400mg 3/J ou Valaciclovir 500mg 2/J)
  - Césarienne si CU ou RPM
- 3) Nouveau né asymptotique né de mère symptomatique à l'accouchement
  - Prélèvement sang, périph, LCR, transa
  - Aciclovir 60mg/kg/j

# Autres

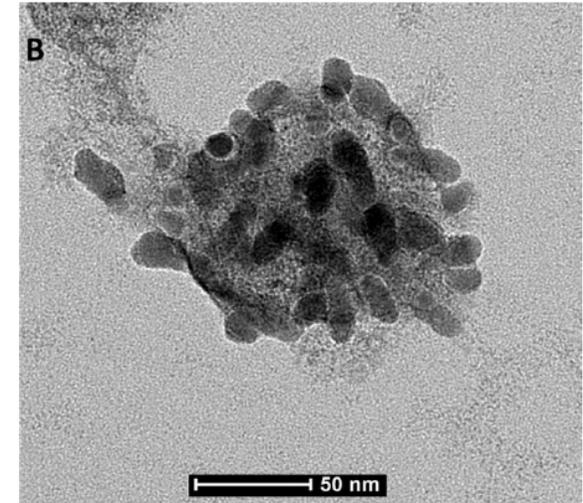
- Aménamévir (inhibiteur de l'hélicase) [Tyring 2012, Takada 2014](#)  
(phase 2) [Maruho en cours](#)
- Pritélivir (inhibiteur de l'hélicase) [Wald A JAMA 2016](#)
  - Herpès génital (n=90)
  - Préventif Pritélivir 100mg/j > Valaciclovir 500mg/j

# Vaccination (chez l'Homme)

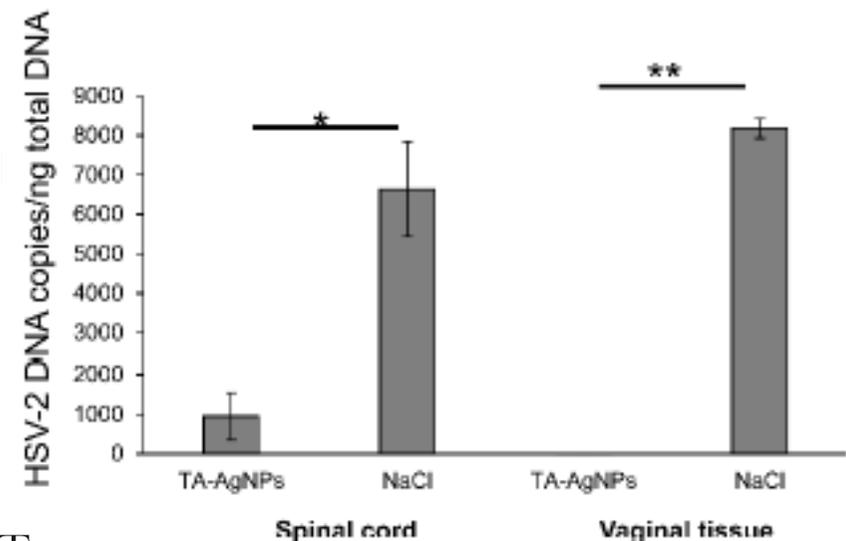
- Efficacité du vaccin anti VZV [Cochrane S Sex transm Infect 2017](#)
  - Patient VIH+ avec HSV chronique > 9mois
    - Guérison totale après 3 mois (mais ↗CD4 en parallèle)
- AIDS VAX<sup>®</sup> B/E (HSV gD peptide induit par la vaccination) [Gilbert Plos 2017](#)
  - Non efficace (n=777 vs 807)

# Nanoparticules

- Modèle murin
- Gel
- Association de :
  - Nanoparticules d'argent
    - Activité antivirale (VHB, VIH, HSV1, Grippe)
  - avec de l'acide tannique
- Anti-inflammatoire + Anti-oxidatif + Anti viral
- Résultats :
  - Amélioration clinique
  - Baisse de la quantité de virus
  - Augmentation de la réponse immunitaire cell et humorale



Orlowski P Viruses 2018





# La PreP

Pas de lien d'intérêt

Forum IST, 14 décembre 2018  
Paris, Palais des Congrès

Dr BERTOLOTTI Antoine  
Service de maladie infectieuse –  
dermatologie - CeGIDD

CHU de la Réunion, site SUD

Piton de la Fournaise

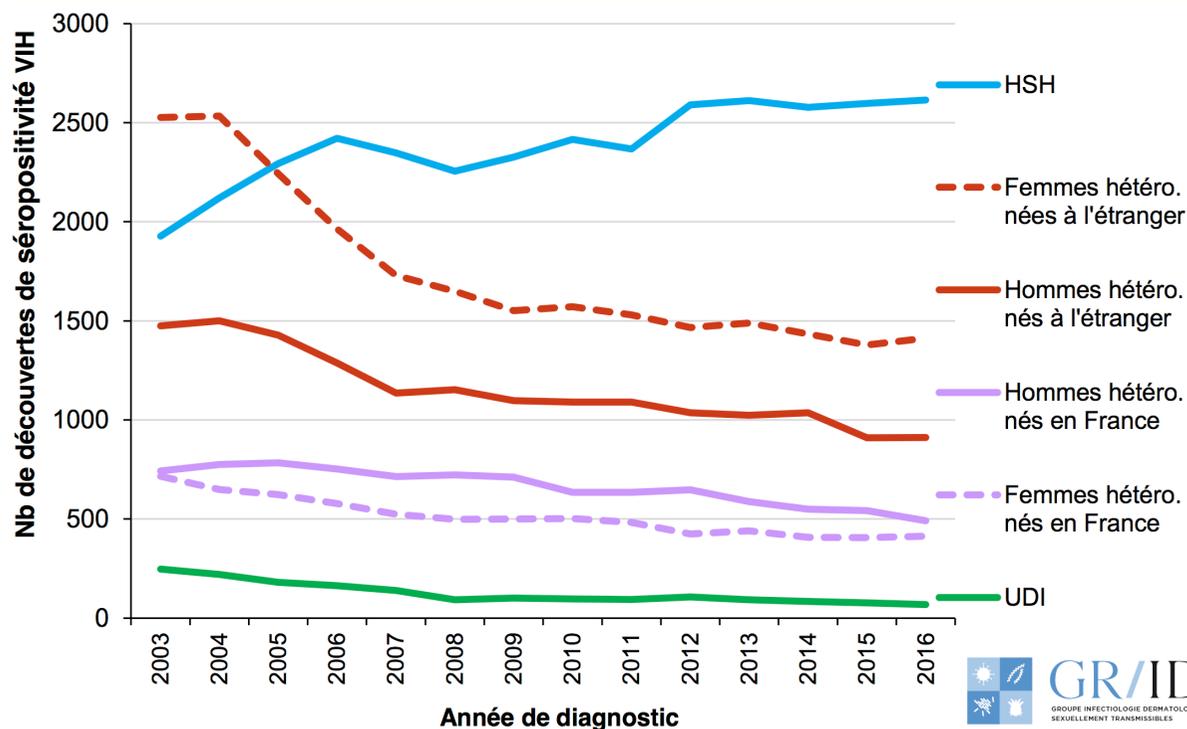


- VIH :
  - Dans le monde : (ONUSIDA 2018)
    - 4932 nouvelles infections par le VIH/J (2017)  
=> 1,8 million de nouvelles infections par le VIH/an
    - 2575 décès par jour

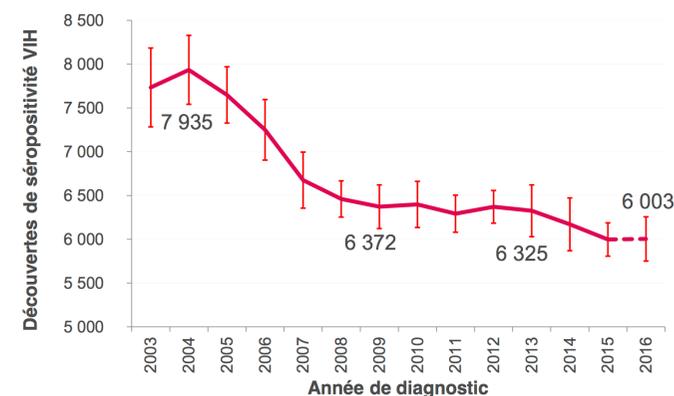


Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par lieu de naissance, France, 2003-2016

(Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 30/06/2017, SpFrance)



ENVIRON 6 000 PERSONNES [5 750-6 250] ONT DÉCOUVERT LEUR SÉROPOSITIVITÉ EN 2016



Source : Santé publique France, DO VIH au 30/06/2017 corrigées pour les délais, la sous déclaration et les valeurs manquantes



Dr Antoine BERTOLLOTTI

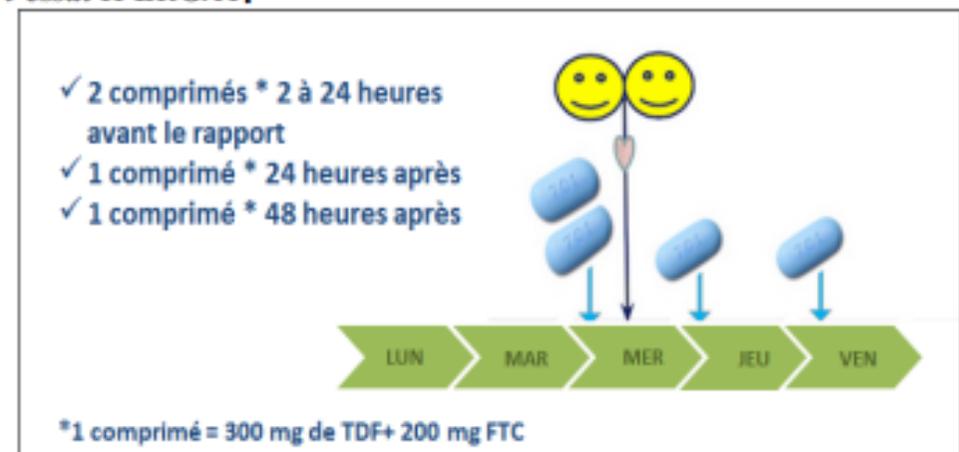
- Définition :
  - PreP : Prophylaxie Pré-exposition



- Traitement :
  - RTU 01/01/2016 => AMM 01/03/2017
  - Emtricitabine + Ténofovir = Truvada®
    - Soit en continu = 1cp/j
    - Soit à la demande = 2cp 2 à 24h avant puis H+24, H+48

- Contre indication :
  - VIH +
  - Clairance <50ml/min
  - VHB + (si à la demande)
- Suivi / 3 mois
- Prix : 100% (4812€/an)

*Tableau 1 : Schéma posologique lors d'une PrEP à la demande dans l'essai IPERGAY.*



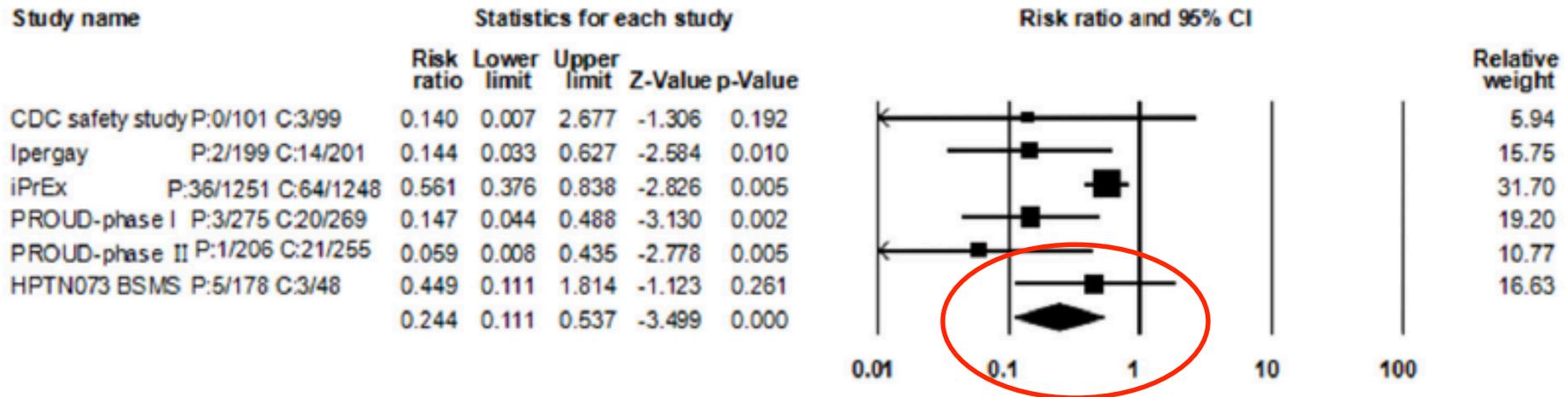


FIGURE 3 | Forest plot for overall analysis of PrEP and HIV incidence (RR).

Favours PrEP

Favours Control

Réduction d'incidence : 44-86%  
*iPrEX, PROUD, IPERGAY*

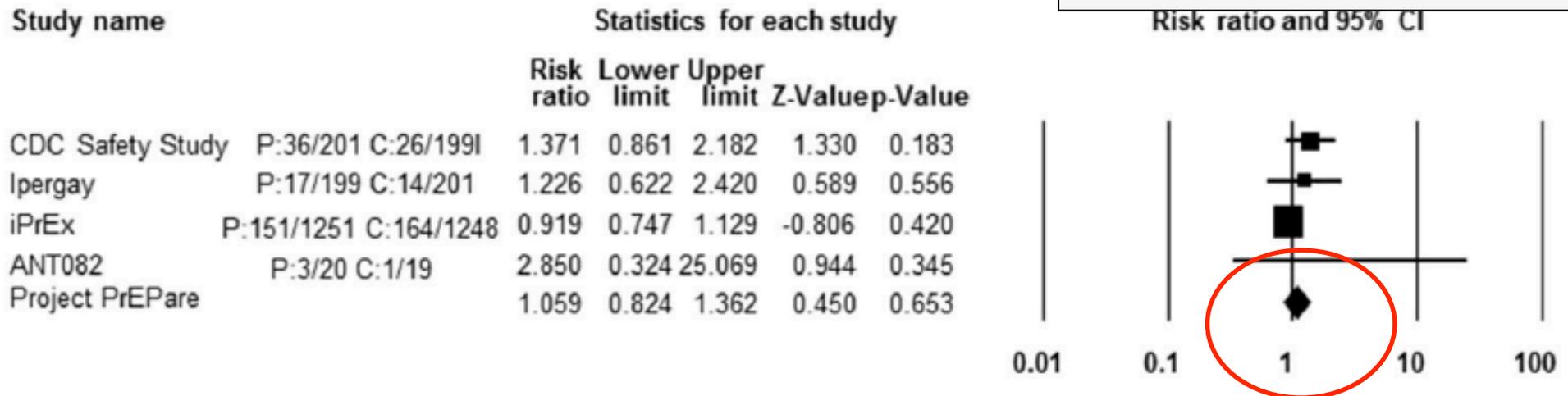


FIGURE 5 | Forest plot for overall analysis of PrEP and grade 3 or 4 AEs (RR).

# Suivi de l'utilisation de Truvada ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH



Période du 01/01/2016 au 30/06/2018

Novembre 2018

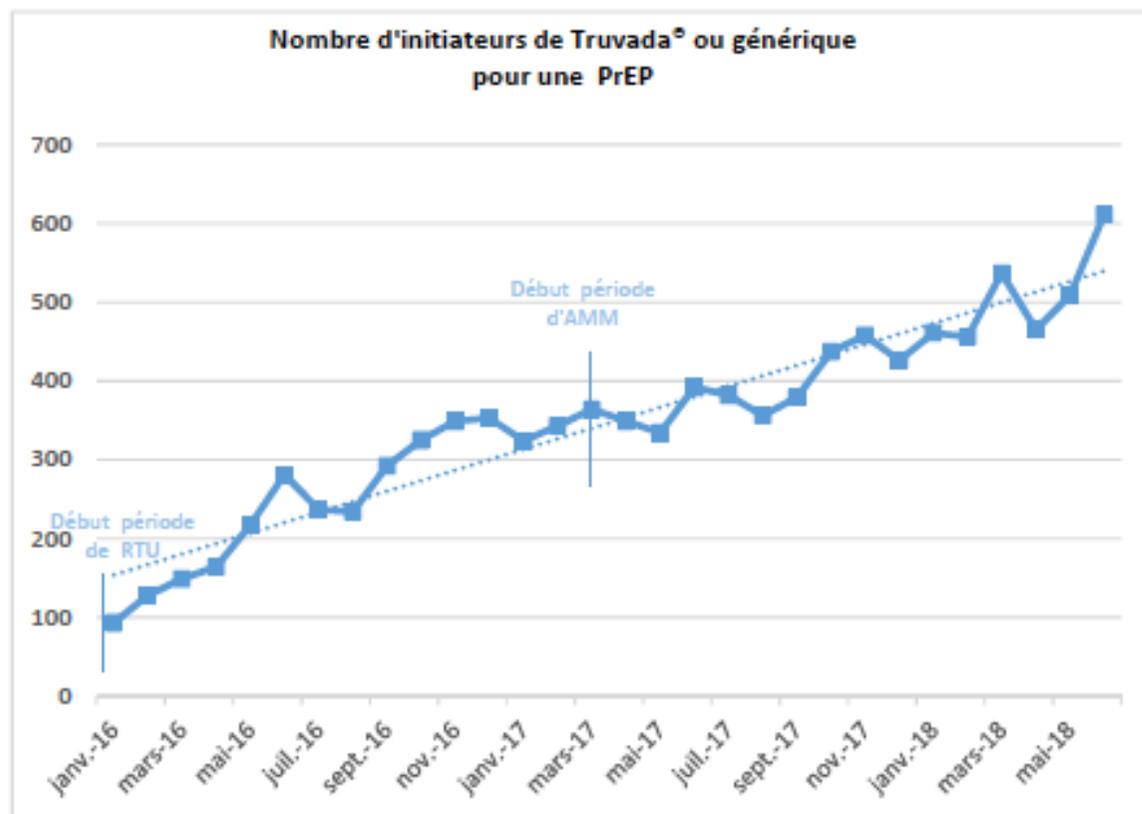


FIGURE I. Nombre de personnes ayant initié un traitement par Truvada® ou générique pour une PrEP entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 30 juin 2018, par mois

**TABLEAU 2. Région d'affiliation des personnes ayant initié un traitement par Truvada® ou générique pour une PrEP entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 30 juin 2018, globalement et par semestre**

	Total	Par semestre				
		2016 S1	2016 S2	2017 S1	2017 S2	2018 S1
	N=10 405	N=1 032	N=1 790	N=2 106	N=2 438	N=3 039
<b>Région d'affiliation, n (%) :</b>						
Auvergne-Rhône-Alpes	1 040 (10,0)	104 (10,1)	196 (10,9)	210 (10,0)	241 (9,9)	289 (9,5)
Bourgogne-Franche-Comté*	146 (1,4)	-	18 (1,0)	36 (1,7)	41 (1,7)	44 (1,4)
Bretagne	266 (2,6)	12 (1,2)	31 (1,7)	45 (2,1)	78 (3,2)	100 (3,3)
Centre-Val de Loire	247 (2,4)	14 (1,5)	35 (2,0)	49 (2,3)	60 (2,5)	89 (2,9)
Grand Est	369 (3,5)	15 (1,5)	59 (3,3)	78 (3,7)	92 (3,8)	125 (4,1)
Hauts-de-France	468 (4,5)	40 (3,9)	63 (3,5)	85 (4,0)	127 (5,2)	153 (5,0)
Ile-de-France	4 970 (47,8)	586 (56,8)	905 (50,5)	938 (44,5)	1 099 (45,1)	1 442 (47,4)
<i>Paris</i>	3 190 (30,7)	395 (38,3)	591 (33,0)	604 (28,7)	714 (29,3)	886 (29,1)
<i>Hors Paris</i>	1 780 (17,1)	191 (18,5)	314 (17,5)	334 (15,9)	385 (15,8)	556 (18,3)
Normandie	166 (1,6)	14 (1,4)	24 (1,3)	34 (1,6)	43 (1,8)	51 (1,7)
Nouvelle-Aquitaine	529 (5,1)	27 (2,6)	102 (5,7)	119 (5,7)	142 (5,8)	139 (4,6)
Occitanie	742 (7,1)	55 (5,3)	104 (5,8)	192 (9,1)	180 (7,4)	211 (6,9)
Pays de la Loire	349 (3,4)	35 (3,4)	55 (3,1)	85 (4,0)	81 (3,3)	93 (3,1)
Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA)	934 (9,0)	110 (10,7)	172 (9,6)	200 (9,5)	214 (8,8)	238 (7,8)
DOM-TOM*	112 (1,1)	-	14 (0,8)	19 (0,9)	22 (0,9)	48 (1,6)
Corse* ou région d'affiliation inconnue	67 (0,6)	-	12 (0,7)	16 (0,8)	18 (0,7)	17 (0,6)

\* Les faibles effectifs d'utilisateurs ne permettent pas de présenter les données des premier et second semestres 2016 pour la Bourgogne-Franche-Comté, les DOM-TOM et la Corse.

**TABLEAU 4. Caractéristiques sociodémographiques des personnes ayant initié un traitement par Truvada® ou générique pour une PrEP entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 30 juin 2018, globalement et par semestre**

	Total N=10 405	Par semestre				
		2016 S1 N=1 032	2016 S2 N=1 790	2017 S1 N=2 106	2017 S2 N=2 438	2018 S1 N=3 039
<b>Sexe, n (%)</b>						
Hommes	10 164 (97,7)	993 (96,2)	1 748 (97,7)	2 075 (98,5)	2 385 (97,8)	2 963 (97,5)
Femmes	241 (2,3)	39 (3,8)	42 (2,3)	31 (1,5)	53 (2,2)	76 (2,5)
<b>Catégories d'âge (années), n (%)*</b>						
<25	1 160 (11,2)	70 (6,8)	170 (9,5)	209 (9,9)	316 (13,0)	395 (13,0)
26-35	3 701 (35,6)	317 (30,7)	656 (36,7)	733 (34,8)	876 (35,9)	1 119 (36,8)
36-45	3 131 (30,1)	365 (35,4)	557 (31,1)	687 (32,6)	708 (29,1)	814 (26,8)
46-55	1 873 (18,0)	209 (20,3)	325 (18,2)	386 (18,3)	415 (17,0)	538 (17,7)
56-65	457 (4,4)	60 (5,8)	69 (3,9)	77 (3,7)	106 (4,3)	145 (4,8)
>65	79 (0,8)	10 (1,0)	12 (0,7)	14 (0,7)	16 (0,7)	27 (0,9)
<b>Age (années)*</b>						
Moyenne (ET)	37,6 (10,3)	39,4 (10,2)	37,7 (10,1)	37,9 (10,0)	37,2 (10,5)	37,2 (10,6)
Médiane (IQR)	36 (29-45)	39 (32-46)	37 (30-45)	37 (30-45)	36 (29-44)	36 (29-44)
Min-Max	15-84	17-84	17-80	15-80	16-78	18-76
<b>CMU-C, n (%)</b>						
Oui	863 (8,3)	80 (7,8)	137 (7,7)	149 (7,1)	226 (9,3)	271 (8,9)
Non	9 542 (91,7)	952 (92,2)	1 653 (92,3)	1 957 (92,9)	2 212 (90,7)	2 768 (91,1)

Abréviations : ET, écart type ; IQR, intervalle interquartiles ; Min : valeur minimale ; Max : valeur maximale.

\*Exclusion de deux personnes de 5 ans, une personne de 11 ans et une personne de 13 ans car l'utilisation de Truvada® ou générique pour une PrEP n'a pas été jugée possible.

# Couple sérodiscordant

- Conception : Etude qualitative [Drainoni J Health Dispar Resp Pract 2018](#)
  - Éducation sur le VIH et la PrEP
  - Financement
  - Observance du traitement
  - Information et éducation de l'équipe médico-chirurgicale

- Mais finalement sans PreP :

## Etude de la transmission du VIH dans les couples séro-différents

- 1 238 couples/années; 1/4 homo – 3/4 hétéro;
- 58 000 rapports « observés »
- **ZERO transmission liée** [Roger JAMA 2016](#)
  - **IC<sub>95</sub> max: 0.3% couple/année**
  - **IC<sub>95</sub> max rapports anaux : 0.71**

# Observance

- Manque d'adhérence au traitement ([Gulick Ann intern med 2017](#))
  - Bisexualité
  - <50 ans
  - Afro-américain [Shover CL Boston MA 2018](#)
  - Utilisateur de drogue (58%) [Martin Lancet HIV 2017](#)

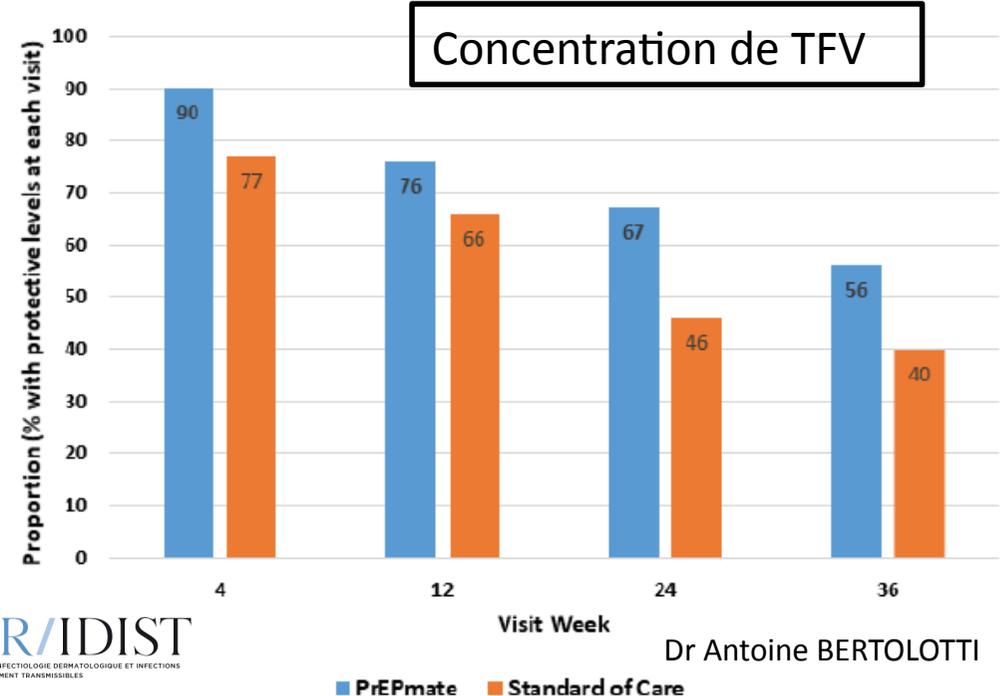
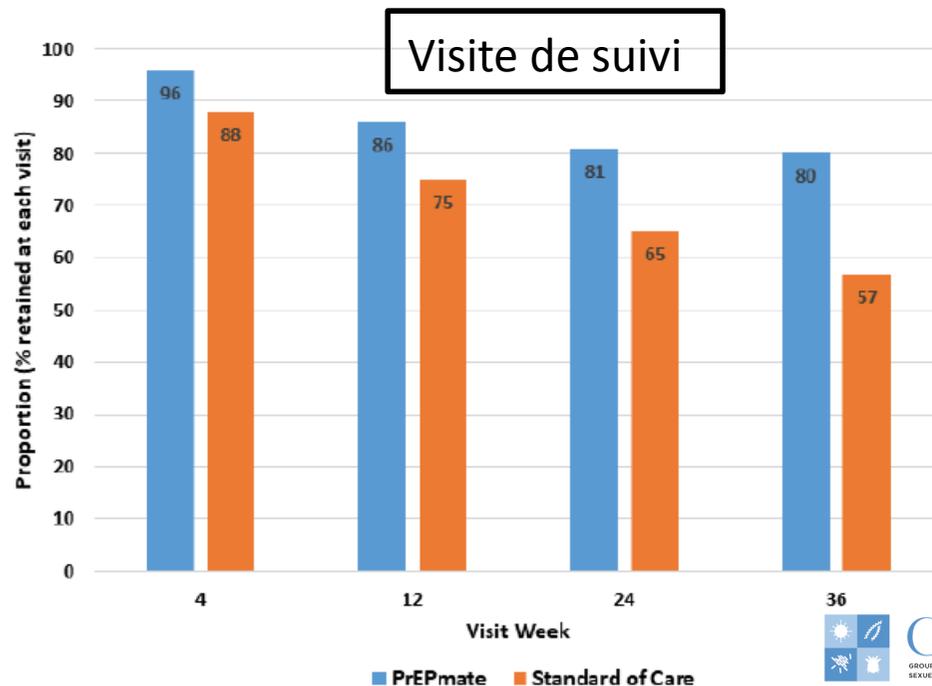




# Observance (1)

- SMS / semaine (N=121) [Liu CID 2018](#)
  - Visites de suivi : 86% vs 71% OR : 2,62 (1,24-5,54)
  - Concentration de TFV >4/sem : 72% vs 57% OR : 2,05 (1,06-3,94)
  - 88% très satisfait

SMS couple sérodiscordants : 72% favorable, [Muwonge AIDS Behave 2018](#)



# Observance (2)



- PreP Injectable

- Cabotegravir (étude ECLAIR) Phase 2a (n=115) [Murray HIV Clinical Trials 2018](#)
  - Cabotégravir 30mg PO 4 semaines puis 800mg LP/3mois
    - Bonne tolérance clinique des injections (Satisfait 75%, souhaite continuer 79%, le recommande 87%)

[McPherson Expert Opin Investig Drugs 2018](#)

- Maraviroc en forme LP (étude pré clinique) [Tatham Eur J Pharm Biopharm 2018](#)

- Population sous PreP prête à passer à l'injectable

- 66% [Meyers Plos One 2018](#)
- 75% [Siedner AIDS 2018](#)
- 30 sous Cabotegravir avec Effet secondaire mais 100% prêt à poursuivre vs PO [Kerrigan AIDS Behav 2018](#)

# Augmentation des IST

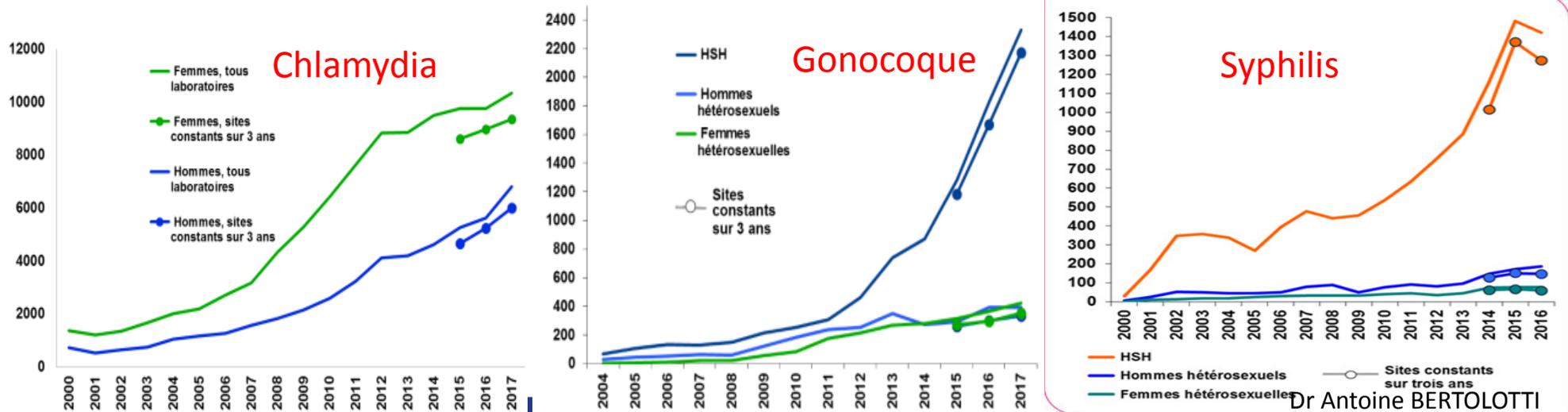
- Méta-analyse (ratio d'incidence) [Kojima AIDS 2016](#)

- Gonocoque : 25,3
- Chlamydia : 11,2
- Syphilis : 44,6



- Incidence d'IST de 90 pour 100 patients/année (cohorte bordelaise) [Ducours AFRAVIH 2018](#)

## Dans un contexte de recrudescence d'IST



# Résistance aux anti rétroviraux

**Acquisition of tenofovir-susceptible, emtricitabine-resistant HIV despite high adherence to daily pre-exposure prophylaxis: a case report**  
The Lancet HIV Nov 2018

*Stephanie E Cohen, Darpun Sachdev, Sulggi A Lee, Susan Scheer, Oliver Bacon, Miao-Jung Chen, Hideaki Okochi, Peter L Anderson, Mary F Kearney, Susa Coffey, Hyman Scott, Robert M Grant, Diane Havlir, Monica Gandhi*

21 ans sous PREP depuis 13 mois, avec adhérence confirmée biologiquement

Auteurs	Délai entre PreP et infection	Résistance
<a href="#">Knox et al. 2017</a>	24 mois	Emt et TDF
<a href="#">Markowitz et al. 2017</a>	5 mois	Emt et TDF
<a href="#">Thaden et al. 2018</a>	14 mois	Emt et TDF
<a href="#">Colby et al. 2018</a>	8 semaines	Emt

# Conclusion

- Indication :
  - Personnes avec multiples partenaires et n'utilisant pas les préservatifs (Homosexuel masculin, transgenre,...)
- Condition :
  - Prescription « encadrée », « surveillée » avec information, éducation et surveillance des IST tous les 3 mois
- Mais :
  - Pourquoi pas des vaccins (HPV, VHA, VHB,...) ? (E Caumes Presse Med 2018)