

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ACTUALISATIONS 2014 DU RAPPORT 2013

Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Actualisations 2014 des recommandations PVVIH 2013 :
Traitement antirétroviral de l'infection à VIH-1 chez l'adulte
Congrès de la SFLS, jeudi 23 octobre 2014
Bruno Hoen pour le groupe d'experts



Options recommandées pour l'initiation d'un premier traitement antirétroviral : ce qui change en 2014

- Clarifications sur la gradation des recommandations
 - niveau de preuve
 - niveau de force
- Actualisation complète des recommandations pour la première ligne de traitement
 - 2 INTI + 3^{ème} agent
 - une liste unique de schémas recommandés
- Mise à jour des données sur les essais de "switch en succès"
 - Informations pour aider les prescripteurs dans leur choix
 - Recommandations "plus directives" prévues pour 2015, intégrant les données médico-économiques

Actualisation octobre 2014 du Chapitre « Traitement antirétroviral de l'infection à VIH-1 chez l'adulte »

Toutes les nouveautés de l'actualisation 2014 sont signalées par un surlignement jaune dans le texte du chapitre 4 de la version 2013 du rapport

Le tableau 3 résume les associations à utiliser préférentiellement pour l'initiation d'un premier traitement ARV, sans hiérarchie et sur la base des médicaments disponibles **fin 2014**. La lecture de la colonne « Commentaires » permet d'adapter le choix de ce premier traitement à la situation individuelle du patient.

Si, à l'issue de l'analyse d'une situation individuelle, plusieurs associations décrites dans le tableau 3 peuvent être retenues chez un patient donné, le coût du traitement doit être considéré dans la prise de décision et les associations les moins chères doivent être envisagées de façon privilégiée. Dans tous les cas, le choix du traitement antirétroviral de 1^{ère} ligne doit être explicité et discuté avec le patient auquel il est prescrit. Le tableau 4 est destiné à éclairer le prescripteur sur le coût annuel des traitements qu'il prescrit.

Les arguments du choix des schémas recommandés sont présentés ci-après, présentant avantages et inconvénients des différentes options.

Actualisations 2014 des recommandations PVVIH 2013 :
Traitement antirétroviral de l'infection à VIH-1 chez l'adulte
Congrès de la SFLS, jeudi 23 octobre 2014
Bruno Hoen pour le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
ACTUALISATIONS 2014 DU
RAPPORT 2013
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Options recommandées pour l'initiation d'un premier traitement antirétroviral

2 INTI + 1 INNTI

2 INTI	INNTI		Commentaires
ténofovirDF/emtricitabine 245/200 mg x 1	rilpivirine 25 mg x 1	AI	Association disponible en un comprimé/j Uniquement si CV < 5 log copies/ml Précaution si CD4 < 200/mm ³ Précaution si clairance de la créatinine < 80 ml/min. Surveillance rénale. Prise au cours d'un repas Association à un IPP contre-indiquée
ténofovirDF/emtricitabine 245/200 mg x 1	efavirenz 600 mg x 1	BI	Association disponible en un comprimé/j Efavirenz ne doit pas être prescrit à des femmes enceintes ou susceptibles de le devenir Précaution d'emploi et surveillance liées au risque neuropsychique Précaution si clairance de la créatinine < 80 ml/min. Surveillance rénale.
abacavir/lamivudine 600/300 mg x1	efavirenz 600 mg x 1	BI	Uniquement si CV < 5 log copies/ml Uniquement si HLA-B*5701 négatif Précaution d'emploi et surveillance liées au risque neuropsychique Efavirenz à ne pas prescrire à des femmes enceintes ou susceptibles de le devenir

Actualisations 2014 des recommandations PVVIH 2013 :
Traitement antirétroviral de l'infection à VIH-1 chez l'adulte
Congrès de la SFLS, jeudi 23 octobre 2014
 Bruno Hoen pour le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
 MÉDICALE DES PERSONNES
 VIVANT AVEC LE VIH
 ACTUALISATIONS 2014 DU
 RAPPORT 2013
 Sous la direction du Pr Philippe Morlat
 et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

INNTI comme 3^{ème} agent

- Abandon de névirapine comme 3^{ème} agent
 - les conditions de prescription de névirapine (lymphocytes CD4 < 400/mm³ chez les hommes et < 250/mm³ chez les femmes) font que les situations où la névirapine pourrait être prescrite sont devenues rares
 - les contraintes de prescription et de surveillance clinique et biologique pendant les 16 premières semaines de traitement sont plus difficiles à accepter compte tenu des autres options maintenant disponibles
- Maintien d'éfavirenz comme 3^{ème} agent
 - possible de remplacer EFV par un autre ARV en cas de mauvaise tolérance
 - tolérance d'EFV améliorable en diminuant la dose de 600 mg/j à 400 mg/j
 - forme combinée ténofovirDF/emtricitabine/éfavirenz en 1 cp/j,
 - 3^{ème} agent recommandé préférentiellement par l'OMS
 - EFV comme 3^{ème} agent permet de proposer des trithérapies de première ligne à moindre coût

Options recommandées pour l'initiation d'un premier traitement antirétroviral

2 INTI + 1 IP/r

2 INTI	IP/r		Commentaires
ténofovirDF/emtricitabine 245/200 mg x1	darunavir/r 800/100 mg x 1	AI	Précaution si clairance de la créatinine < 80 ml/min. Surveillance rénale. Interactions médicamenteuses avec le ritonavir
abacavir/lamivudine 600/300 mg x1j	atazanavir/r 300/100 mg x 1	BI	Uniquement si CV < 5 log copies/mL Uniquement si HLA-B*5701 négatif Interactions médicamenteuses avec le ritonavir Eviter l'association à un IPP Augmentation de la bilirubinémie non conjuguée
ténofovirDF/emtricitabine 245/200 mg x 1	atazanavir/r 300/100 mg x 1	BI	Précaution si clairance de la créatinine < 80 ml/min. Surveillance rénale rapprochée Eviter association à un IPP Interactions médicamenteuses avec le ritonavir Eviter association à un IPP Augmentation de la bilirubinémie non conjuguée

Actualisations 2014 des recommandations PVVIH 2013 :
Traitement antirétroviral de l'infection à VIH-1 chez l'adulte
Congrès de la SFLS, jeudi 23 octobre 2014
 Bruno Hoen pour le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
 MÉDICALE DES PERSONNES
 VIVANT AVEC LE VIH
 ACTUALISATIONS 2014 DU
 RAPPORT 2013
 Sous la direction du Pr Philippe Morlat
 et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

IP/r comme 3^{ème} agent

- Abandon de lopinavir/r comme 3^{ème} agent
 - Atazanavir/r et darunavir/r sont mieux tolérés et aussi efficaces que lopinavir/r,
 - Une première trithérapie comportant lopinavir/r entraîne plus souvent qu'une trithérapie sans lopinavir/r des événements cliniques et des interruptions de traitement pour intolérance
 - Un traitement par lopinavir/r nécessite la prise de 4 comprimés par jour, plutôt en 2 prises par jour

Options recommandées pour l'initiation d'un premier traitement antirétroviral

2 INTI + 1 INI

2 INTI	INI		Commentaires
ténofovirDF/emtricitabine 245/200 mg x 1	dolutégravir 50 mg x 1	BI	Précaution si clairance de la créatinine < 80 ml/min. Surveillance rénale. Peu d'interactions médicamenteuses avec le DTG Expérience clinique limitée en 2014
abacavir/lamivudine 600/300 mg x1	dolutégravir 50 mg x 1	BI	Uniquement si HLA-B*5701 négatif Peu d'interactions médicamenteuses avec le dolutégravir Expérience clinique limitée en 2014
ténofovirDF/emtricitabine 245/200 mg x 1	elvitégravir/c 150/150 mg x 1	BI	Association disponible en un comprimé/j Ne pas initier le traitement si clairance de la créatinine < 70 ml/min. Précaution si clairance de la créatinine < 90 ml/min. Surveillance rénale. Interactions médicamenteuses avec cobicistat Expérience clinique limitée en 2014
ténofovirDF/emtricitabine 245/200 mg x 1	raltégravir 400 mg x 2	BI	Précaution si clairance de la créatinine < 80 ml/min. Surveillance rénale. Pas d'interaction médicamenteuse avec le raltégravir Nécessité de 2 prises quotidiennes

Actualisations 2014 des recommandations PVVIH 2013 :
Traitement antirétroviral de l'infection à VIH-1 chez l'adulte
Congrès de la SFLS, jeudi 23 octobre 2014
 Bruno Hoen pour le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
 MÉDICALE DES PERSONNES
 VIVANT AVEC LE VIH
 ACTUALISATIONS 2014 DU
 RAPPORT 2013
 Sous la direction du Pr Philippe Morlat
 et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Intégration d'un critère "coût" dans la décision individuelle

- Si, à l'issue de l'analyse d'une situation individuelle, plusieurs associations recommandées peuvent être retenues chez un patient donné, le coût du traitement doit être considéré dans la prise de décision et les associations les moins chères doivent être envisagées de façon privilégiée.
- Dans tous les cas, le choix du traitement antirétroviral de 1^{ère} ligne doit être explicité et discuté avec le patient auquel il est prescrit. Un tableau est destiné à éclairer le prescripteur sur le coût annuel des traitements qu'il prescrit.

Coût annuel de traitement des différentes associations d'antirétroviraux recommandées, classées par ordre croissant de prix

Associations recommandées Noms commerciaux (DCI)	Nb cp/prises par jour	Prix /an (€)
Kivexa [®] + Efavirenz Gé (abacavir/lamivudine + efavirenz)	2/1	6 622
Truvada [®] + Efavirenz Gé (ténofovirDF/emtricitabine + efavirenz)	2/1	7 908
Kivexa [®] + Sustiva [®] (abacavir/lamivudine + efavirenz)	2/1	7 992
Atripla [®] (ténofovirDF/emtricitabine/efavirenz)	1/1	8 952
Eviplera [®] (ténofovirDF/emtricitabine + rilpivirine)	1/1	9 072
Kivexa [®] + Reyataz [®] /Norvir [®] (abacavir/lamivudine + atazanavir/r)	3/1	10 728
Stribild [®] (ténofovirDF/emtricitabine/elvitégravir/cobicistat)	1/1	11 760
Truvada [®] + Reyataz [®] /Norvir [®] (ténofovirDF/emtricitabine + atazanavir/r)	3/1	12 024
Truvada [®] + Prezista [®] /Norvir [®] (ténofovirDF/emtricitabine + darunavir/r)	3/1	12 024
Kivexa [®] + Isentress [®] (abacavir/lamivudine + raltégravir)	3/2	12 288
Kivexa [®] + Tivicay [®] (abacavir/lamivudine + dolutégravir)	2/1	12 288
Truvada [®] + Isentress [®] (ténofovirDF/emtricitabine + raltégravir)	3/2	13 584
Truvada [®] + Tivicay [®] (ténofovirDF/emtricitabine + dolutégravir)	2/1	13 584

Actualisations 2014 des recommandations PVVIH 2013 :
Traitement antirétroviral de l'infection à VIH-1 chez l'adulte
Congrès de la SFLS, jeudi 23 octobre 2014
 Bruno Hoen pour le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
 MÉDICALE DES PERSONNES
 VIVANT AVEC LE VIH
 ACTUALISATIONS 2014 DU
RAPPORT 2013
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
 et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Remerciements

Commission « Traitement antirétroviral » :

Sous la direction du Pr Bruno HOEN, CHU Besançon

F. BONNET, CHU Bordeaux

C. DELAUGERRE, CHU Saint-Louis, Paris

P. DELOBEL, CHU Toulouse

C. GOUJARD, CHU Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

M. L'HÉNAFF, TRT-5, ARCAT, Paris

H. FISCHER, TRT-5, Act-Up, Paris

D. REY, CHU Strasbourg

C. ROUZIOUX, CHU Necker-Enfants malades, Paris

A.-M. TABURET, CHU Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

Personnes auditionnées :

C. JACOMET, CHU Clermont-Ferrand

Y. YAZDANPANA, CHU Bichat-Claude-Bernard, Paris

Et l'ensemble du groupe d'experts

Actualisations 2014 des recommandations PVVIH 2013 :
Traitement antirétroviral de l'infection à VIH-1 chez l'adulte
Congrès de la SFLS, jeudi 23 octobre 2014
Bruno Hoen pour le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
ACTUALISATIONS 2014 DU
RAPPORT 2013
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS



**Merci pour
votre
attention**

**Actualisations 2014 des recommandations PVVIH 2013 :
Traitement antirétroviral de l'infection à VIH-1 chez l'adulte
Congrès de la SFLS, jeudi 23 octobre 2014
Bruno Hoen pour le groupe d'experts**

**PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
ACTUALISATIONS 2014 DU
RAPPORT 2013**
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS