

18^e ÉDITION
ACP
VIH

ACTUALITÉS et leurs CONSÉQUENCES PRATIQUES dans le **VIH**



MARDI 23 NOVEMBRE
2021
Laho Business Center
Paris

Avec le soutien
institutionnel de



- Mr PEL. 88 ans
 - Caucasien
 - Hétérosexuel
 - Retraité de l'Education nationale
 - Comorbidités : Cardiopathie ischémique et rythmique, AVC, Tumeur rénale bénigne, Goutte
 - VHB guéri, VHA immunisé, VHC négatif
- Infection par VIH-1 découverte en 1992
 - Zénith d'ARN VIH-1 plasma 112 000 c/mL
 - CD4 ~ 459/mm³
- Initiation par COMBIVIR® (1 cp x 2/J) en 1999
- ARN VIH-1 plasma jamais < 50 c/mL jusqu'en août 2006
- Puis REYATAZ® (300 mg/J) + NORVIR® (100 mg/J) + ZIAGEN® (600 mg/J) + VIREAD® (300 mg/J)
 - ARN VIH-1 plasma < 50 c/mL
 - CD4 ~ 724-1085/mm³

Cas clinique

- Mr PEL. 88 ans
 - Caucasien
 - Hétérosexuel
 - Retraité de l'Education nationale
 - Comorbidités : Cardiopathie ischémique et rythmique, AVC, Tumeur rénale bénigne, Goutte
 - VHB guéri, VHA immunisé, VHC négatif
- Infection par VIH-1 découverte en 1992
 - Zénith d'ARN VIH-1 plasma 112 000 c/mL
 - CD4 ~ 459/mm³
- Initiation par COMBIVIR® (1 cp x 2/J) en 1999
- ARN VIH-1 plasma jamais < 50 c/mL jusqu'en août 2006
- Puis REYATAZ® (300 mg/J) + NORVIR® (100 mg/J) + ZIAGEN® (600 mg/J) + VIREAD® (300 mg/J)
 - ARN VIH-1 plasma < 50 c/mL
 - CD4 ~ 724-1085/mm³

Cas clinique (suite 1)

- Août 2010, simplification pour : ISENTRESS® (400 mg x 2/J) + REYATAZ® (300 mg/J) + NORVIR® (100 mg/J)
- Décembre 2010 :
 - ARN VIH-1 plasma ~ 988 c/mL
 - CD4 ~ 1234/mm³
- Janvier 2011, effets indésirables rénaux (lithiase) : switch pour ISENTRESS® (400 mg x 2/J) + PREZISTA® (800 mg/J) + NORVIR® (100 mg/J)
- Janvier 2013
 - ARN VIH-1 plasma < 20 c/mL
 - CD4 ~ 1447/mm³
- Mi-Janvier 2013, switch vers ISENTRESS® (400 mg x 2/J) + INTELENCE® (200 mg x 2/J) + ZIAGEN® (600 mg/J)
- Octobre 2021
 - ARN VIH-1 plasma < 20 c/mL
 - CD4 ~ 1850/mm³

- Mi-October : hospitalisation pour fibrillation atriale compliquée d'un OAP sur une HTA mal contrôlée et traitement anti-HTA renforcé

Cas clinique (suite 2)

- Volonté de simplification en limitant l'impact cardiovasculaire et néphrotoxique du traitement actuel : ISENTRESS® (400 mg x 2/J) + INTELENCE® (200 mg x 2/J) + ZIAGEN® (600 mg/J)

Quelle(s) information(s) est(sont) nécessaire(s) pour cet objectif ?

- Génotype de résistance cumulé ?
- Quantification de l'ADN-VIH intra-cellulaire ?
- Recherche d'un signal détectable en dessous du seuil de détection pour la charge virale ?
- Co-médications en cours ?

- Génotype de résistance cumulés :
 - RT : 41L, 184V, 215Y
 - Protéase : 36L, 36I
 - Intégrase : polymorphisme
- Comédications : Valsartan/hydrochlorothiazide + lercanidipine + allopurinol + apixaban + amlodipine + Tenormine + Furosemide + Spironolactone

- Mi-October : hospitalisation pour fibrillation atriale compliquée d'un OAP sur une HTA mal contrôlée et traitement anti-HTA renforcé
- Volonté de simplification en limitant l'impact cardiovasculaire et néphrotoxique du traitement actuel : ISENTRESS® (400 mg x 2/J) + INTELENCE® (200 mg x 2/J) + ZIAGEN® (600 mg/J)

Quel traitement ARV proposer ? Pourquoi ?

- DTG + 3TC ?
- DTG + RIL ?
- ABC/3TC/DTG ?
- TDF/FTC + RAL ?
- TDF/FTC + DTG ?

Recherche des interactions sur hiv-druginteractions.org

● Do Not Coadminister ■ Potential Interaction ▲ Potential Weak Interaction ◆ No Interaction Expected

Results Key

	ABC	ETR	RAL
Allopurinol	◆	◆	◆
Amlodipine	◆	■	◆
Apixaban	◆	■	◆
Furosemide	◆	◆	◆
Hydrochlorothiazide	◆	◆	◆
Lercanidipine	◆	■	◆
Spironolactone	◆	◆	◆
Valsartan	◆	◆	◆

- Quelle attitude envisager pour anticiper la levée de l'induction enzymatique ?