

**COL 3-04 - Abacavir/lamivudine/nevirapine comparée aux trithérapies classiques dans la cohorte Dat'AIDS : efficacité virologique similaire et meilleure tolérance à long terme**

P. De Boissieu, M. Drame, F. Raffi, A. Cabié, I. Poizot-Martin, L. Cotte, P. Delobel, T. Huleux, D. Rey, F. Bani-Sadr

► **To cite this version:**

P. De Boissieu, M. Drame, F. Raffi, A. Cabié, I. Poizot-Martin, et al.. COL 3-04 - Abacavir/lamivudine/nevirapine comparée aux trithérapies classiques dans la cohorte Dat'AIDS : efficacité virologique similaire et meilleure tolérance à long terme. 17es Journées Nationales d'Infectiologie, Jun 2016, Lille, France. Médecine et maladies infectieuses 46 (2016) 5-7, 46 (4). <inserm-01414591>

**HAL Id: inserm-01414591**

**<http://www.hal.inserm.fr/inserm-01414591>**

Submitted on 12 Dec 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## COL 3-03

### Tolérance de l'association fixe de tenofovir/emtricitabine/cobicistat/elvitegravir utilisée en traitement après expositions à risque de transmission virale

E. Rouveix (1), S. Greffe (1), M. Chansombat (2), E. Reimann (1), L. Fonquernie (3), A. Simon (3), N. Valin (3), R. Tubiana (3), M-C. Meyohas (3), E. Bouvet (2)

(1) COREVIH Ile-de-France Ouest, Boulogne, France,

(2) COREVIH Ile-de-France Nord, Paris, France,

(3) COREVIH Ile-de-France Centre, Paris, France

**Introduction** Les recommandations nationales de Traitement Post Exposition (TPE) du groupe d'experts de 2013 préconisent l'utilisation de TDF/FTC associé à une IP/r. Les recommandations de traitement de l'infection VIH mises à jour en 2014 placent les anti-intégrases en première intention au même titre que les anti-protéases. La formulation en STR (single tablet regimen) pourrait faciliter l'observance. Aussi, en raison du mode d'action, de la tolérance et de pharmacocinétique des anti-intégrases, des données de la littérature concernant l'utilisation des anti-intégrases en TPE et des recommandations américaines, l'utilisation du TDF/FTC/cobicistat/elvitegravir en TPE a été proposée dans 4 COREVIH. L'objectif de ce travail a été d'évaluer la tolérance du TDF/FTC/cobicistat/Elvitegravir dans cette indication et le nombre d'arrêts prématurés du traitement en lien avec des effets indésirables imputables au traitement.

**Matériels et méthodes** Tous les patients recevant du TDF/FTC/cobicistat/elvitegravir en TPE dans les hôpitaux de 4 COREVIH ont été inclus, avec un recueil des EI imputables au TPE.

**Résultats** En 2015, 13 hôpitaux de 3 COREVIH ont traité 1566 expositions à risque viral (EAV) : 1293 (83 %) sexuelles, 217 (14 %) professionnelles et 56 autres, concernant 1104 Hommes (70 %), âgés de 32 ans en moyenne. La sérologie VIH du patient source était inconnue dans 1 171/1 566 cas (81 %), et VIH+ dans 208 cas (13 %). Le TDF/FTC/cobicistat/elvitegravir était utilisé en TPE 844/1 566 fois (soit dans 62 % des TPE), initié en CDAG (6 %), au SAU (26 %) ou en Service référent (62 %) ; 12/844 patients (soit 1,4 %) ont dû arrêter le traitement en raison d'un EI (éruption cutanée : 3, troubles digestifs : 7, anomalies biologiques hépatiques : 2, interaction médicamenteuse : 1). De plus, le recueil des effets indésirables n'ayant pas nécessité l'arrêt du TPE a été réalisé chez 603/844 patients : 150/603 (25 %) ont eu au moins un EI qui n'a pas nécessité de modifier le traitement et dont l'évolution a été favorable spontanément. Les EI ont été principalement digestifs (66 %), asthénie (21 %), neurologiques (15 %), anomalie biologique hépatique (5 %) ou rénale (1 %).

**Conclusion** Alors que dans les études historiques on note un taux d'arrêt du TPE de l'ordre de 10 à 22 % lors de l'utilisation des molécules préconisées par le rapport d'expert (IP/r), le TDF/FTC/cobicistat/elvitegravir utilisé en TPE semble un traitement facile d'emploi (1cp/j), bien toléré et responsable de peu d'arrêt prématuré, avec un taux même inférieur à celui du raltegravir (3 à 4 %) dans une utilisation similaire.

Liens d'intérêts déclarés : ER Voyages et accès aux congrès par GILEAD

## COL 3-04

### Abacavir/lamivudine/nevirapine comparée aux trithérapies classiques dans la cohorte Dat'AIDS : efficacité virologique similaire et meilleure tolérance à long terme

P. de Boissieu (1), M. Drame (1), F. Raffi (2), A. Cabié (3), I. Poizot-Martin (4), L. Cotte (5), P. Delobel (6), T. Huleux (7), D. Rey (8), F. Bani-Sadr (1)

(1) CHU Reims, Reims, France,

(2) CHU Nantes, Nantes, France,

(3) CHU Martinique, Fort de France, France,

(4) Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille, France,

(5) Hospices Civils de Lyon, Lyon, France,

(6) CHU de Toulouse, Toulouse, France,

(7) Centre Hospitalier Tourcoing, Tourcoing, France,

(8) CHU Strasbourg, Strasbourg, France.

**Introduction** Les données sur l'efficacité virologique et la tolérance à long-terme de l'association abacavir/lamivudine (ABC/3TC) et nevirapine (NVP) sont rares.

**Matériels et méthodes** Les taux d'arrêt du traitement antiretroviral (ARV) pour échec virologique (EV) et/ou pour effets secondaires (ES) de l'association ABC/3TC/NVP ont été comparés à celles d'ABC/3TC plus atazanavir boosté (ATV/r) ou darunavir (DRV/r), ou à celles de tenofovir/emtricitabine (TDF/FTC) plus : ATV/r, ATV, DRV/r, efavirenz (EFV) ou NVP chez les patients recevant depuis plus de 6 mois le même traitement ARV, entre 2000 et 2013, dans la cohorte prospective, multicentrique DAT'AIDS.

**Résultats** Le suivi moyen des 15 948 patients inclus dans l'étude était de 36 ± 24 mois. Les traitements ARV reçus étaient les suivants : ABC/3TC/NVP (n = 1089), TDF/FTC/NVP (n = 1542), ABC/3TC/DRV/r (n = 1065), ABC/3TC/ATV/r (n = 1847), TDF/FTC/ATV/r (n = 3519), TDF/FTC/DRV/r (n = 2767), TDF/FTC/ATV (n = 419) and TDF/FTC/EFV (n = 3700). Les patients traités par ABC/3TC/NVP étaient naïfs d'ARV dans seulement 3 % des cas. En analyse multivariée, le risque d'arrêt du traitement ARV pour EV après ajustement sur l'âge, le sexe, le mode de transmission du VIH, le taux de CD4 et le stade SIDA à l'initiation de chaque association d'ARV et le nombre de lignes d'ARV, était comparable entre l'ABC/3TC/NVP et les autres associations d'ARV, sauf pour TDF/FTC/ATV qui était associé à un risque plus élevé (HR : 1.99; 95% CI : 1.29-3.06). L'association ABC/3TC/NVP était associée au risque le plus faible d'arrêt de traitement pour ES ; les autres associations d'ARV étant associées à un risque de 1.80 à 3,19 fois plus élevé (p < 0.0001 pour toutes les comparaisons).

**Conclusion** ABC/3TC/NVP prescrit en switch, possède une efficacité virologique à long-terme similaire et une tolérance à long-terme supérieure comparée aux trithérapies d'ARV les plus souvent prescrites.

Aucun lien d'intérêt

## COL 3-05

### Efficacité de la combinaison maraviroc-raltegravir chez des patients VIH-1 naïfs d'antirétroviraux : essai No Nuc-No Boost

L. Cotte (1), J. Durant (2), C. Brochier (1), J. Izopet (3), F. Raffi (4), M. Trabaud (1), F. Lucht (5), J. Cottalorda (2), J. Molina (6)

(1) Hospices Civils de Lyon, Lyon,

(2) CHU Nice, Nice,

(3) CHU Toulouse, Toulouse,

(4) CHU Nantes, Nantes,

(5) CHU St Etienne, St Etienne,

(6) Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Paris.

**Introduction** Les schémas thérapeutiques préférentiels chez les patients VIH naïfs associent 2 inhibiteurs nucléos(t)idiques de la reverse transcriptase (INRT) et un antiprotéase boosté (IPb), un inhibiteur non-nucléosidique de la RT (INNRT) ou un anti-intégrase (II). Peu de données sont disponibles avec des combinaisons alternatives. La combinaison maraviroc (MRV) + Raltegravir (RAL) a montré des résultats décevants chez le patient pré-traité mais n'a jamais été étudiée chez le patient naïf. Nous rapportons les résultats de l'étude No Nuc-No Boost.

**Matériels et méthodes** Des patients infectés par VIH-1, naïfs d'antirétroviraux ont été enrôlés dans une étude pilote. Les critères d'inclusion comportaient : CD4 > 200/mm<sup>3</sup>, charge virale VIH (CV) 10<sup>3</sup> – 10<sup>5</sup> log copies/mL, tropisme CCR5 (algorithme Geno2Pheno, FPR 20 %), absence de résistance aux INRT, INNRT, IPb, II. Tous les patients recevaient l'association MRV 300 mg BID, RAL 400 mg BID et tenofovir/emtricitabine (TDF/FTC) pendant 24 semaines. Les patients avec une CV < 50 copies/mL à S20-22 arrêtaient TDF/FTC à S24 et poursuivaient MRV-RAL jusqu'à S48. Le critère principal d'efficacité était la réponse virologique à S48 (CV < 50 copies/mL).

**Résultats** Cinquante-cinq patients ont été présélectionnés, 34 recrutés et 1 patient a retiré son consentement, permettant l'analyse de 33 patients. Les raisons les plus fréquentes de non-inclusion étaient un virus non-R5 (n = 13) et/ou une CV en dehors des limites (n = 4). La plupart des patients étaient des hommes (94 %), caucasiens (91 %), homosexuels (82 %), d'âge médian 42 ans. La médiane des CD4 à l'inclusion était de 453/mm<sup>3</sup> et la CV de 4,3 log copies/mL. 36 % des patients étaient infectés par un sous-type non-B. Tous les génotypes R5 étaient confirmés par phénotypisme. Un patient avec une CV > 50 copies/mL à S24 n'est pas entré dans la phase de simplification. Trois patients présentaient un échec virologique à respectivement S36, S44 et S48. Le taux de succès virologique était de 97 % à S24 et de 88 %/91% (ITT/per protocole) à S48. La