



## « Les recommandations HUG de prophylaxie post exposition VIH/Hépatites »

T. Lecompte  
 M. Rougemont/H. Spechbach  
 Maladies infectieuses/Unité VIH / UUA  
 17 janvier 2018

## Situation clinique n°1

- Patient hétérosexuel, rupture de préservatif avec une inconnue la veille à 23h
- Se présente ce matin à 7h à la VO, paniqué, et demande une prophylaxie pour le VIH car il a lu sur internet qu'il y avait des médicaments pour éviter de l'attraper
  - Qu'aimeriez-vous savoir?
  - Quel bilan faites-vous chez ce patient?
  - Accédez-vous à sa demande?

## Evaluation du risque de transmission du VIH

Risque de transmission

=

probabilité que la source soit infectée

X

risque inhérent à l'exposition

## Risque de transmission par type d'exposition

Exposition	Risque
Transfusion sanguine	92 %
Echange de seringues entre toxicomanes	0,7 %
Relation anale passive	0,5 %
Blessure percutanée par aiguille	0,3 %
Relation vaginale (risque pour la femme)	0,1 %
Relation anale active	0,07 %
Relation vaginale (risque pour l'homme)	0,04 %
Relation orale réceptive avec éjaculation	0,01 %?
Relation orale sans éjaculation	0,001 %?

PEP Indiquée

Autre risque considéré comme négligeables: morsure, éclaboussures, partage de Sex Toys...

Indication nette: partenaire séropositif sans traitement: antirétroviral  
 Une PEP est recommandée après un rapport anal ou vaginal non protégé avec une personne séropositive présentant une virémie détectable dans le sang. Elle est à envisager, si le partenaire séropositif a éjaculé dans la bouche.

Indication à analyser: partenaire dont le statut VIH n'est pas connu  
 Dans la mesure du possible, on devrait exiger un test pour le partenaire sexuel du patient (hommes et femmes confondus) même après le début de la PEP. Celle-ci sera immédiatement interrompue, si ce partenaire s'avère ne pas être infecté. Quand la sérologie du partenaire n'est pas connue, ce qui est souvent le cas, il est recommandé de commencer une PEP avant un viol.

— après un rapport anal ou vaginal non protégé avec un partenaire sexuel faisant partie d'un groupe à risque élevé de VIH (probabilité d'infection VIH non traitée > 10%).  
 Les groupes à risque élevé comprennent particulièrement les personnes venant des pays à forte prévalence de VIH (Europe de l'Est, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et les utilisateurs de drogues intraveineuses).

Tableau 1  
 Quand faut-il prescrire une PEP?

Partenaire VIH positif ou statut VIH inconnu	Partenaire VIH positif, virémie détectable	Partenaire VIH positif, virémie non détectable (50 copies/mL, sous traitement depuis au moins 6 mois et avec un bon suivi)
Rapport anal	Recommandée*	Non recommandée
Rapport vaginal	Recommandée*	Non recommandée
Félicitation avec stimulation dans la bouche (bécotage)	À évaluer	Non recommandée

\* Dans tous les cas, si la probabilité est de  $\geq 10\%$  que la source d'infection soit VIH positive

Risque de transmission  $\geq 1/1000$   
 =  
 Source ( $\geq 10\%$ )  
 X  
 risque (0,04%)

OFSP, Bulletin 48 Nov 2014

## Epidémiologie en Suisse

État semaine 49/2017 (12.12.2017)

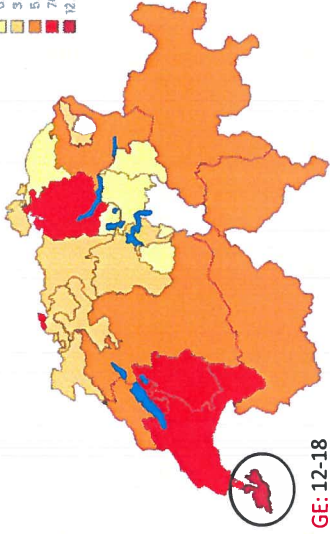
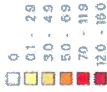
Déclarations de cas	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	761	794	636	653	567	589	591	528	551	548	450
Incidence pour 100 000 habitants	9,98	10,26	7,98	8,26	7,1	7,29	7,23	6,38	6,46	6,48	5,65
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017

Source: OFSP



### HIV in Switzerland

Laboratory notifications of positive HIV-tests in 2012, per 100'000 residents, by canton



Incidence GE: 12-18 infections/100'000/an  
 Prévalence: 4'000-4'500 personnes infectées

OFSP, juillet 2013

## Epidémiologie en Suisse Déclaration de cas dans les principaux cantons

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Bâle-Campagne	16	18	15	14	13	10	15	13	6	10	6
Bâle-Ville	32	33	21	17	18	21	15	17	18	25	18
Berne	83	83	63	56	57	51	63	51	69	38	69
Fribourg	12	24	14	11	12	23	11	24	15	13	13
Genève	88	107	66	65	58	74	69	51	66	68	68
Vallais	16	13	18	20	14	18	20	21	11	14	14
Vaud	92	86	93	86	78	78	67	63	81	76	76
Zoug	6	5	5	9	4	3	3	6	5	12	5
Zurich	180	220	190	210	159	154	171	133	146	168	168

Source: OFSP

# Epidémiologie en Suisse



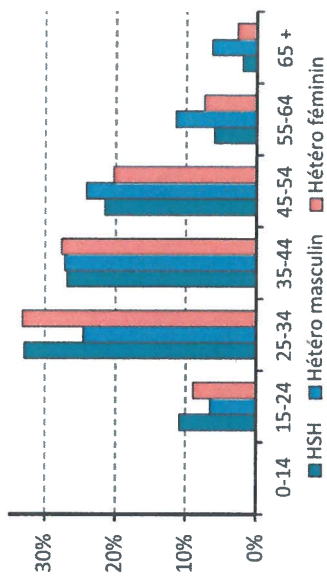
## Epidémiologie en Suisse Incidence pour 100000 habitants

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bâle-Campagne	5.94	6.64	5.39	5.1	4.72	3.62	5.38	4.62	2.08	3.5
Bâle-Ville	17.28	17.68	10.97	9.19	9.66	11.2	7.92	8.92	9.21	12.95
Berne	8.62	8.56	6.34	5.72	5.79	5.14	6.29	5.05	6.66	3.7
Fribourg	4.56	8.94	5.03	3.95	4.22	7.89	3.7	7.91	4.79	4.17
Genève	20.08	23.99	14.29	14.2	12.59	15.98	14.7	10.68	13.37	13.89
Vaud	5.36	4.29	5.75	6.4	4.42	5.59	6.12	6.33	3.22	4.13
Vallais	13.69	12.5	13.01	12.06	10.74	10.62	8.94	8.27	10.28	9.68
Zoug	5.5	4.53	4.42	7.96	3.48	2.57	2.54	5	4.02	9.68
Zürich	13.77	16.51	13.8	15.29	11.42	10.93	12	9.2	9.9	11.29

Source: OFSP

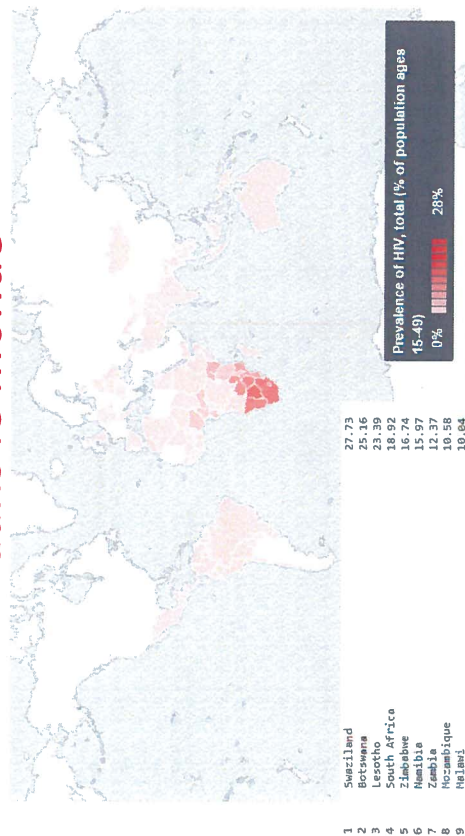
Figure 2

Distribution par classe d'âge chez les personnes avec diagnostic du VIH, selon la voie d'infection et le sexe (diagnostics des 5 dernières années combinés)

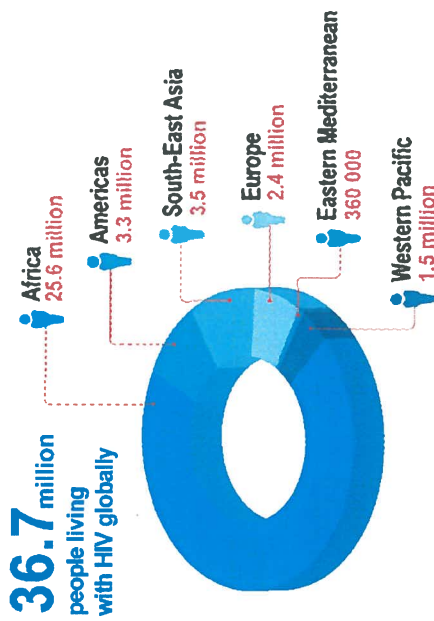


HSH: rapports sexuels entre hommes

## Prévalence 2011-2014 du VIH dans le monde



## People living with HIV by WHO region (2016)

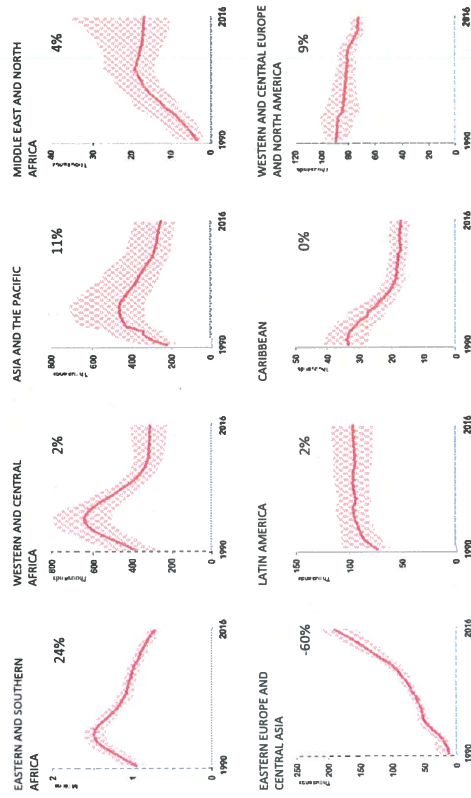


36.7 million people living with HIV globally

## I. Historique

### II. Epidémiologie

## NEW HIV INFECTIONS, ADULTS (AGES 15+), BY REGION, 1990–2016, AND % DECLINE 2010–2016



## Prévalence 2012 du VIH chez les travailleuses du sexe

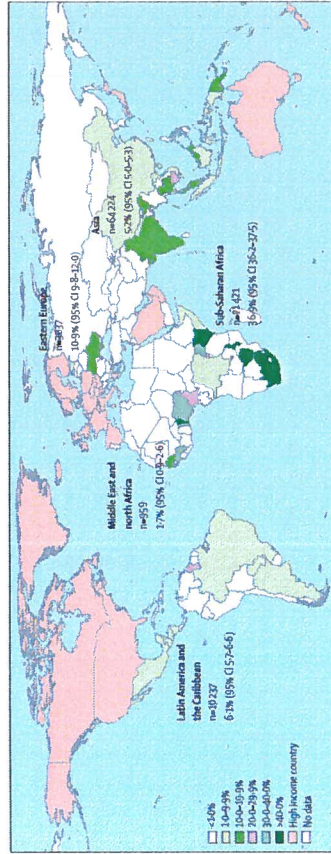


Figure 3: Map of HIV prevalence among female sex workers in low-income and middle-income countries including data from 2007–11, categorised by HIV prevalence and pooled HIV prevalence estimates by region

## Epidémiologie VIH chez IDU en CH

Tableau 1

Nouveaux diagnostics du VIH en Suisse par voie d'infection, sexe et année de test: estimation statistique du nombre et de la proportion relative au total, du nombre d'infections récentes et anciennes et de la proportion d'infections récentes, 2009–2015

Année du test	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre total de diagnostics VIH <sup>1</sup>	654	605	560	622	576	516	500
<b>Hommes s'injectant de la drogue</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
Nombre de diagnostics <sup>1</sup>							
Proportion relative au total	3.2%	0.9%	3.4%	4.0%	2.1%	1.2%	1.2%
Nombre <sup>2</sup> d'infections récentes	7	3	0	3	3	4	4
Nombre <sup>2</sup> d'infections anciennes	14	16	19	22	9	2	2
Proportion d'infections récentes	33.1%	16.6%	0.0%	12.2%	25.8%	62.5%	62.5%
<b>Femmes s'injectant de la drogue</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
Nombre de diagnostics <sup>1</sup>							
Proportion relative au total	1.5%	0.7%	1.1%	0.6%	0.5%	0.6%	0.4%
Nombre <sup>2</sup> d'infections récentes	2	2	3	0	0	3	0
Nombre <sup>2</sup> d'infections anciennes	0	8	3	4	3	0	2
Proportion d'infections récentes	20.5%	62.5%	44.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

<sup>1</sup> Le nombre de cas confirmés jusqu'à fin septembre 2015 a été extrapolé pour l'ensemble de l'année 2015.  
<sup>2</sup> Estimation statistique selon l'algorithme du CNR (cf. remarque 1)

Bulletin 49 OFSP Nov 2015

## Evidences en faveur de la PEP

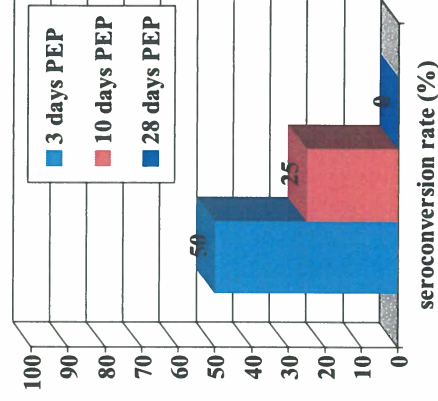
- Pas de RCT (raisons éthiques et logistiques) de la PEP chez l'humain
- Arguments en faveur de la PEP reposent sur:
  - Etudes animales
  - Etudes périnatales
  - Études observationnelles

## Etudes animales (I)

- Modèle macaque (SIV): protection après inoculation iv si PEP administrée dans les 24h pendant 28 jours; pas de protection après 48h ou 72h ou si durée de 3 ou 10 jours  
Tsai CC, J Virol 1998
- Modèle macaque (HIV2): protection chez 4/4 12h et 36h après exposition muqueuse; 3/4 72h après exposition  
Otten RA, J Virol 2000

## Pourquoi 28 jours?

- N = 24 macaques inoculés avec SIV intraveineux
- PEP débutée 24 heures post-inoculation
- PEP administrée pour 3, 10, or 28 jours



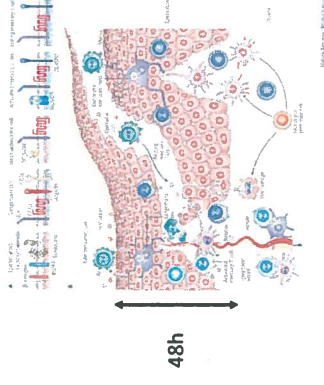
Tsai C-C et al. J Virol 1998;72:4265-73.

## Etudes animales (II)

- Présence de SIV après inoculation vaginale atraumatique:
  - 1h: cellules dendritiques de la lamina propria
  - 36-48h: ganglions de drainage
  - 3-5 jours: sang

Spira AI, J Exp Med 1996

Hu J, J Virol 2000



## Etudes PEP chez l'humain (I)

- Etude cas-contrôle AES: 81% d'exposition en moins à l'AZT chez les cas

TABLE 2. LOGISTIC REGRESSION ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR HIV TRANSMISSION AFTER PERCUTANEOUS EXPOSURE TO HIV-INFECTED BLOOD.

Risk Factor	U.S. Cases*	All Cases†
	adjusted odds ratio (95% CI)‡	
Deep injury	13 (4.4-42)	15 (6.0-41)
Visible blood on device	4.5 (1.4-16)	6.2 (2.2-21)
Procedure involving needle in artery or vein	3.6 (1.3-11)	4.3 (1.7-13)
Terminal illness in source patient§	8.5 (2.8-28)	5.6 (2.0-16)
Postexposure use of zidovudine	0.14 (0.03-0.47)	0.19 (0.06-0.52)

Cardo DM, NEJM 1997

## Etudes PEP chez l'humain (II)

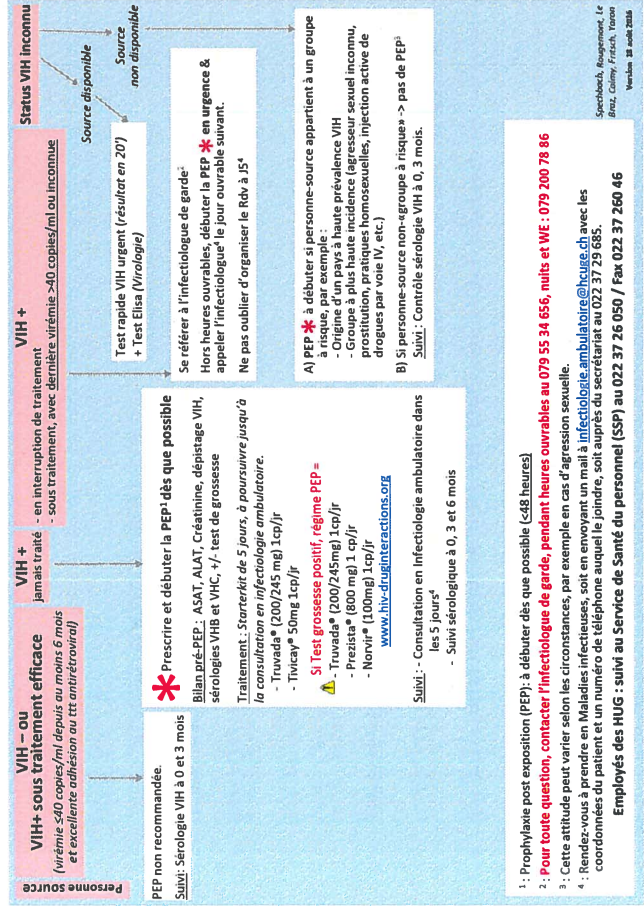
- Etude observationnelle S. Paolo:
  - TTT par AZT-3TC (+/- indinavir si lésions muqueuses) vs no TTT (si délai >72h ou RS protégée) chez victimes d'agression sexuelle:
    - 0% vs 2.7% de séroconversions.
- Nombreuses études observationnelles avec 0% d'incidence de séroconversions (sur 350 expositions avérées au VIH, au maximum)
  - => pas la preuve que la PEP marche, mais plutôt que le taux de transmission est bas

Drezett J. 4th International Conference on HIV infection in women and children. Rio de Janeiro

## Rapport coût-efficacité

- PEP = coût-efficace si
  - Rapport homosexuel mâle et
  - Rapport anal réceptif avec éjaculation et
  - Source VIH+ démontré, non traité
 => risque absolu 0.5-3%
- Sinon, jamais coût-efficace

## Prise en charge lors d'accident-exposition sang ou liquide biologique (AES) VIH



## En pratique, pour exposition sexuelle

### 1. Evaluation du risque = exposition X source:

- Rapport vaginal/anal non protégé, oral+éjaculation
- Source:
  - Source VIH connu, non traité ou traité mais virémie +
  - Originnaire de pays à haute prévalence VIH (> 10%...)
  - Pratique également homosexuelle
  - Injecteur drogue IV???
  - Agresseur sexuel

### 2. Délai d'introduction de la PEP:

- PEP efficace si délai < 48h<sup>1</sup>, à discuter entre 48 et 72h

### 3. Recherche de la source:

- Si source identifiable, test de dépistage rapide ou charge virale

### 4. Sérologies VIH, VHC, VHB à J0 chez l'exposé(e):

- Ne pas débiter la PEP si patiente déjà VIH+ !!!

## Choix des molécules

- 1er choix (2016):  
Truvada 1cp/j +  
Tivicay (dolutegravir) 1cp/j
- 2<sup>e</sup> choix (→ 2015 ou femme enceinte):  
Truvada (ténofovir/FTC) 1cp/j +  
Prezista (darunavir) 800mg +  
Norvir (ritonavir) 100mg/j
- Traitement à introduire dans les 48h, durée 4 semaines
- Consultation en maladies infectieuses ambulatoires dans les 5 jours suivant la consultation initiale

- **Meilleure tolérance digestive** donc probablement meilleure observance
- Plus petite taille donc facile à avaler
- **EI les plus fréquents: Nausées et diarrhées (16%) et SNC (céphalées, vertiges, insomnie: 12%)**
- **Peu d'interactions médicamenteuses, mais CAVE:**

- Diminution de l'absorption avec anti-acides, suppléments à base de Ca++, Mg++ et Fer
- Rares interactions à connaître: Carbamazépine, Phénytoïne, Rifampicine, Metformine, Millepertuis

## Dolutegravir et grossesse

- Le **dolutegravir** est classé catégorie de grossesse B par la FDA
- Les études précliniques chez des rongeurs avec des doses jusqu'à 1000 mg/kg n'ont pas montré d'effet toxique sur le développement embryofœtal
- Les données publiées dans la littérature chez l'humain sont quasiment inexistantes.
- Au 31 mai 2013, la base de données de 36 grossesses exposées au dolutegravir: aucune toxicité ni malformation n'ont pour l'instant été identifiées.

## Avantages du dolutegravir vs darunavir/norvir

- **Meilleure tolérance digestive** donc probablement meilleure observance
  - Plus petite taille donc facile à avaler
  - **EI les plus fréquents: Nausées et diarrhées (16%) et SNC (céphalées, vertiges, insomnie: 12%)**
  - **Peu d'interactions médicamenteuses, mais CAVE:**
- Diminution de l'absorption avec anti-acides, suppléments à base de Ca++, Mg++ et Fer
  - Rares interactions à connaître: Carbamazépine, Phénytoïne, Rifampicine, Metformine, Millepertuis

### MOPEB0283

**TITLE**  
Dolutegravir use during pregnancy and birth outcomes: data from the Antiretroviral Pregnancy Registry (APR)

**RESEARCHER**  
Van Vannappagari

**AUTHORS**  
X. Vannappagari<sup>1</sup>, J. Albano<sup>2</sup>, L. Ragone<sup>3</sup>, A. Scheuere<sup>4</sup>, H. Tison<sup>5</sup>, T. Cook<sup>6</sup>, Y. Xue<sup>6</sup>, M. Bowen<sup>7</sup>, N. Vileco<sup>8</sup>, H. Gargus<sup>9</sup>

**INSTITUTIONS**  
<sup>1</sup>VIV Healthcare, Epidemiology and Real World Evidence, Research Triangle Park, United States; <sup>2</sup>University of North Carolina, Gillings School of Global Public Health, Chapel Hill, United States; <sup>3</sup>UNC Research, Real World & Late Phase, Raleigh, United States; <sup>4</sup>University of Texas, Department of Pediatrics, United States; <sup>5</sup>UNC Research, Real World & Late Phase, Wilmington, United States; <sup>6</sup>UNC Research, Biometrics, Raleigh, United States; <sup>7</sup>UNC Research, Biometrics, Wilmington, United States; <sup>8</sup>VIV Healthcare, Global Medical Sciences, Research Triangle Park, United States

**Background:** There are no well-controlled studies evaluating safety of dolutegravir (DTG) in pregnant women. The Antiretroviral Pregnancy Registry (APR) is an ongoing international, voluntary, prospective exposure-registration cohort study, that monitors for early warning signal of major teratogenic effects of antiretroviral (ARV) therapy and collects data on pregnancy and neonatal outcomes.

**Methods:** Using APR data on prospectively reported pregnancies, this analysis describes maternal demographic and clinical characteristics, pregnancy outcomes and frequency of birth defects among neonates with prenatal exposure to DTG.

**Results:** As of 31 January 2016, 61 pregnancies with exposure to DTG were prospectively reported to the APR, with initial DTG exposure occurring among 32 pregnancies during 1<sup>st</sup>-trimester (7 pregnancies during 2<sup>nd</sup>-trimester and 22 pregnancies during 3<sup>rd</sup>-trimester. At enrollment, 23 (37.7%) women had a CD4 count  $\geq$  500 cells/ $\mu$ L, 19 (31.1%) had a CD4 count of 200-499 cells/ $\mu$ L, 16 (26.3%) had a CD4 count of < 200 cells/ $\mu$ L, and unknown for 9 (14.9%).

**Conclusions:** 51 (83.6%) resulted in live births (22 with 1<sup>st</sup>-trimester and 29 with 2<sup>nd</sup>/3<sup>rd</sup>-trimester DTG exposure), 3 (4.9%) resulted in **miscarriages** (all with 1<sup>st</sup>-trimester DTG exposure), and 7 (11.5%) resulted in spontaneous abortions (all with 1<sup>st</sup>-trimester DTG exposure). There were no stillbirths reported. Two of 51 live births (3.9%) reported birth defects - a bilateral polydactyly, post-natal to both hands with 1<sup>st</sup>-trimester DTG exposure, and one Hypospadias Syndrome with 3rd trimester exposure to DTG.

Five of 51 live births reported non-defect adverse outcomes: 2 Preterm (< 37 weeks of gestation), 1 low birth weight (LBW < 2500 grams), 1 Preterm + LBW, and 1 Preterm + Very LBW (< 1500 grams).

**Conclusions:** This analysis of birth defects includes the largest number of prenatal exposures to DTG to date. While limited in sample size to reach definitive conclusions, APR data do not demonstrate an increased risk of congenital anomalies with DTG use above the population expected rate of defects (2.72 - 4.17/100 live births from MACOP and TDRD respectively). Continued monitoring of prenatal DTG exposure and outcomes is needed. Clinicians are urged to continue reporting ARV exposures to the APR.

# DTG/TDF/FTC Started in Pregnancy is as Safe as EFV/TDF/FTC in Nationwide Birth Outcomes Surveillance in Botswana

MCA0X0702LB

July 24, 2017

Presented by: Dr. Rebecca Zash

Co-authors: Denise Jacobson, Modiegi Diseko, Gloria Mayondi, Joseph Makhema, Mompoti Mmalane, Tendani Gaolethe, Chipo Petlo, Lewis Holmes, Max Essex, Shahin Lockman, Roger Shapiro

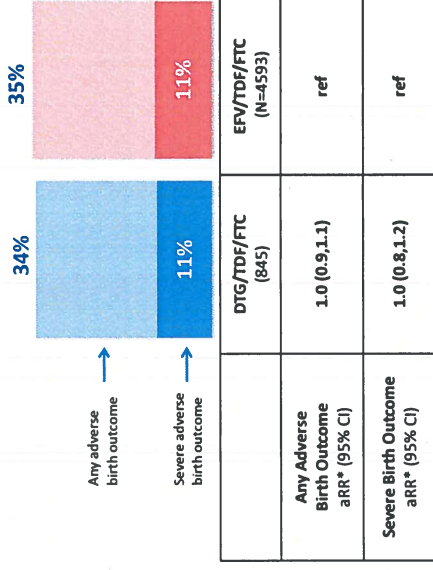
Funding: NIH/NICHD R01 HD080471-01



## Conclusions

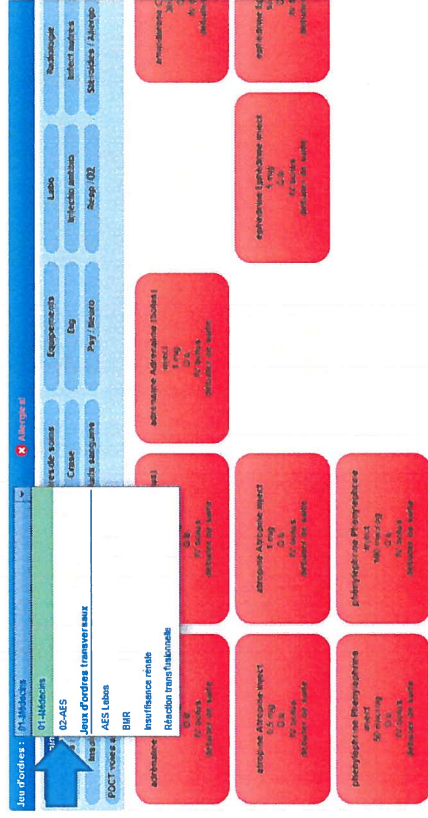
- The risks of adverse birth outcomes are similar among HIV-infected women who initiate DTG/TDF/FTC vs. EFV/TDF/FTC in pregnancy
- These preliminary data are reassuring but not the whole story. Still need to evaluate:
  - Birth outcomes with DTG exposure from conception
  - Congenital abnormalities and other rare outcomes
  - Combination with other backbones (e.g ABC/3TC)
  - Maternal viral load at delivery

## Total and Severe Adverse Birth Outcomes



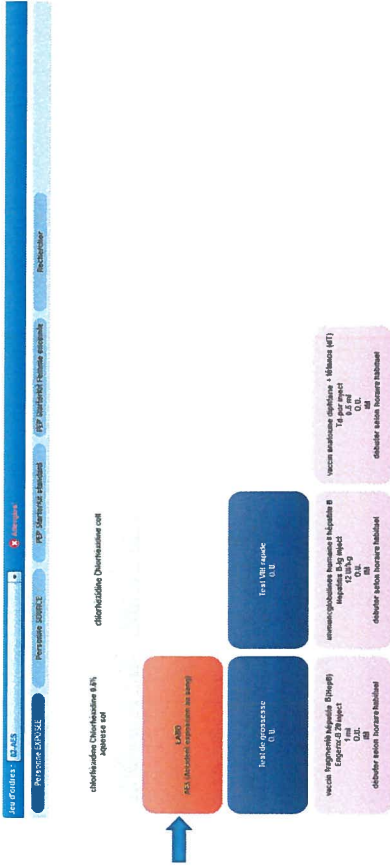
\*Models adjusted for maternal age, educational attainment and gravida

## Ordres boutons, prise en charge standardisée





## Labo groupé « Personne source »



## Labo groupé « Personne source »

**HUNVOORUI Automatique (né le 03/06/1980, 36 ans, IM)**

En savoir plus sur les services d'urgence, contactez le guichet de réception au 01 63 73 73 00

**PROCEDE**

1. S'assurer que la personne a donné son accord pour les sérologies. Si elle n'est pas en mesure de donner son accord, prélever et l'informer dès que possible.

2. Indiquer dans la rubrique « Nom personne exposée » : AES + son nom

**Informations obligatoires pour le laboratoire**

- Concernant le dépistage du VIH, j'atteste que la personne concernée ou son représentant légal
  - a donné son consentement.
  - n'a pas pu donner son consentement. Je m'engage à l'informer dès que possible.
  - n'est pas applicable, car la source est un objet.
- Nom de la personne exposée (information exclusive pour le labo)
  - Saisie
  - Sélectionner le protocole pour la personne EXPOSEE ou SOURCE

## Information/consentement « Personne source »

**TEST Ibuprofène (née le 01/01/1994, 22 ans, F)**

**PROCEDE**

1. S'assurer que la personne a donné son accord pour les sérologies. Si elle n'est pas en mesure de donner son accord, prélever et l'informer dès que possible.

2. Indiquer dans la rubrique « Nom personne exposée » : AES + son nom

**Informations obligatoires pour le laboratoire**

- Concernant le dépistage du VIH, j'atteste que la personne concernée ou son représentant légal
  - a donné son consentement.
  - n'a pas pu donner son consentement. Je m'engage à l'informer dès que possible.
  - n'est pas applicable, car la source est un objet.
- Nom de la personne exposée (information exclusive pour le labo)
  - Saisie
  - Sélectionner le protocole pour la personne EXPOSEE ou SOURCE

## AES – Autres onglets

TEST Ibuprofene

Sortie non indiquée Patient : 97019988 ERS N° 97029915 SRV/SU/AGUS - SUOBUUS - 7A0757.1 Méd. / Urgences

Ordres à boitiers

Jeu d'ordres : AES

Personne EXPOSEE

Personne SOURCE

PEP StarterKit standard

PEP StarterKit Femme enceinte

AES (Accident exposition au sang)

## PEP – starter kit

Sortie non indiquée Patient : 97019988 ERS N° 97029915 SRV/SU/AGUS - SUOBUUS - 7A0757.1 Méd. / Urgences

Ordres à boitiers

Jeu d'ordres : AES

Personne EXPOSEE

Personne SOURCE

PEP StarterKit standard

PEP StarterKit Femme enceinte

amoxicilline (FTC) + rifampine Trivade op  
1 cp  
1200h  
5 doses  
débuter selon horaires habituel

dans le sang Trivade op  
50 mg  
1 cp  
5 doses  
débuter selon horaires habituel

## PEP – starter kit femme enceinte

Sortie non indiquée Patient : 97019988 ERS N° 97029915 SRV/SU/AGUS - SUOBUUS - 7A0757.1 Méd. / Urgences

Ordres à boitiers

Jeu d'ordres : AES

Personne EXPOSEE

Personne SOURCE

PEP StarterKit standard

PEP StarterKit Femme enceinte

amoxicilline (FTC) + rifampine Trivade op  
1 cp  
1200h  
5 doses  
débuter selon horaires habituel

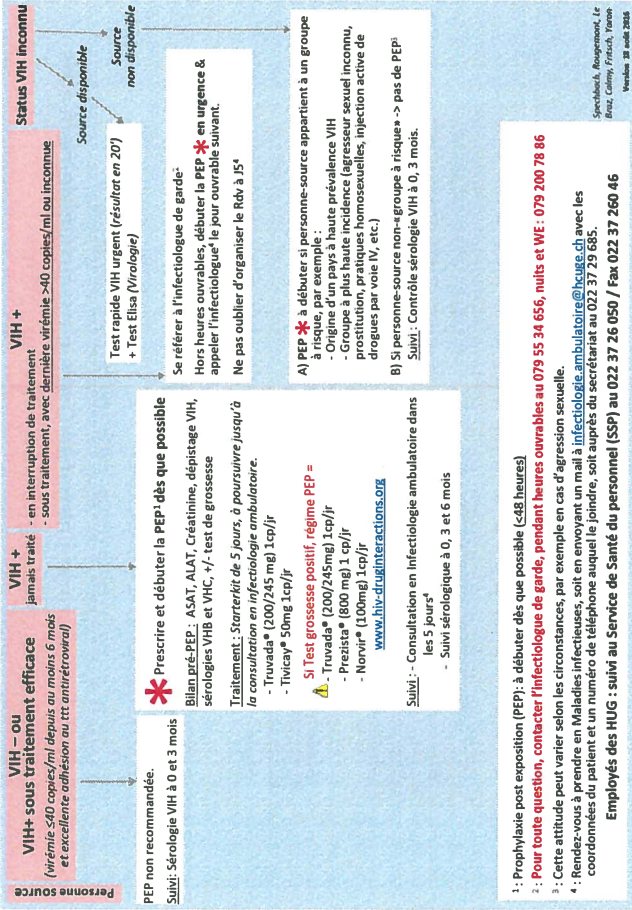
dans le sang Trivade op  
50 mg  
1 cp  
5 doses  
débuter selon horaires habituel

ritonavir lopinavir op  
150 mg  
1 x 2 cp  
4 doses  
débuter selon horaires habituel

## Situation clinique n°2

- Patient MSM avec rapport anal passif avec rupture de préservatif il y a 36h
  - Se présente à 20 h en VO avec son partenaire, VIH+ traité par un médecin de ville et bien contrôlé (bilan avec CV < 20 cop/ml il y a 2 mois)
- A. Vous rassurez le patient, il ne risque rien!
  - B. Vous débutez immédiatement une PEP, après vous être assuré que le patient est VIH négatif
  - C. Le cas est complexe, vous l'adressez à la consultation des maladies infectieuses dès le lendemain matin
  - D. Autre proposition?

## Prise en charge lors d'accident-exposition sang ou liquide biologique (AES) VIH



## Schéma

- **Schéma classique:** Truvada 1cp 1x/j ordonnance pour 3 mois maximum
- **Nb:** débiter la PrEP au minimum 7j avant l'exposition potentiel
- **Schéma intermittent:** Truvada 2cp 2-24h avant le rapport à risque puis 1x/j jusqu'à 48h après le dernier rapport à risque si consécutifs

## PrEP

- **Indications à la PrEP:**
- HSH ayant des relations sexuelles à haut risque d'acquisition du VIH:
- Relations anales non protégées avec > 2 partenaires sur une période de 6 mois
- Plusieurs épisodes d'IST dans l'année
- Recours à une prophylaxie post-exposition (PEP) dans l'année
- Consommation de substances psycho-actives lors des rapports sexuels (Chemsex)

### Contre-indications à la PrEP:

- Infection VIH
- Symptômes PHI
- Indication à une PEP (exposition à risque <math>< 48\text{H}</math>)
- GFR <math>< 50 \text{ ml/min}</math>
- Ag Hbs + ou ADN HBV+

## Situation clinique n°3

- Patient en BSH, travaillant à la voirie, se pique à travers des ses gants le matin même en ramassant une aiguille trainant dans un parc, caché au milieu de feuilles morte
- Que faites-vous pour la prophylaxie VIH?
- Que faites-vous pour la prophylaxie des hépatites?

# Quelle contagiosité après une blessure percutanée?

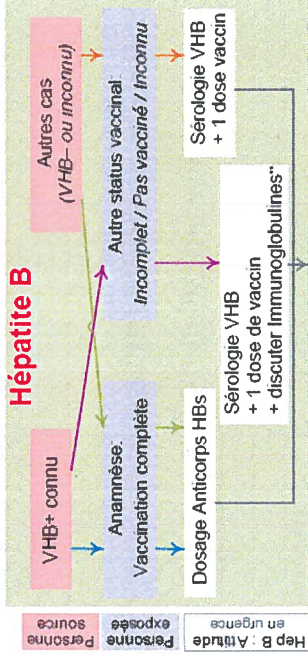
**Tableau 1. Risque de transmission du VIH, VHB et VHC après une blessure percutanée avec contact sanguin contenant du virus (Modifié d'après réf.6).**

VIH	0.3%
VHB: • Ag HBe négatif • Ag HBe positif	23-37% 37-62%
VHC	1.8% (0-7%)

Combien de temps le virus peut rester infectieux en dehors du corps humain:

- Quelques heures pour le VIH
- 4-16h pour le VHC
- Plusieurs semaines pour le VHB

# Prise en charge HBV à J0



- Si anamnèse fiable chez l'exposé de vaccination complète: seulement vérifier les taux d'Ac HBs
- Pour les autres cas: sérologie HBV (Ag HBs, Ac HBs et HBc) et donner une dose IM de vaccin Engerix B 20 UI
- N'envsager l'administration d'Ig anti-HBV (12 UI/kg) qu'en cas de patient source VHB+ connu et patiente exposée avec taux d'AcHBs < 10 U/I => dans tous les cas demander l'avis du spécialiste

# Prise en charge HCV à J0

## Hépatite C

Selon le type exposition:

- Parentérale,
- Rapport sexuel HSH chez une personne exposée VIH+ connu

Sérologie VHC à 0, 3 mois<sup>5</sup>  
+ PCR VHC à 6 semaines

Suivi: si PCR+, en Mal. Infectieuses

Autre type d'exposition

Sérologie VHC à 0, 3 mois<sup>5</sup>

- Pas de risque de transmission de l'HCV par voie sexuelle pour un rapport hétérosexuel
- Pas de mesure préventive efficace après exposition
- Traitement court de l'hépatite C aigue est probablement très efficace avec les nouveaux DAA, mais problème asséurologique

# Sofosbuvir and Ledipasvir versus Sofosbuvir and Simeprevir combination therapy in the management of acute hepatitis C: A randomized open label prospective clinical pilot study. SLAM C study

P. Patrick Bains, MD, MPH, AGAF<sup>1,2</sup>, Leena Kavel, MD, E Shah, MD, Ned Fouad<sup>3</sup>, S Parthasarathy, MD, M Naguib MD, PhD, Ming-Ju Shen, MD, P S Brown, Jr, MD, MPH<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>College of Physicians and Surgeons, Columbia University, New York, NY; <sup>2</sup>King's County Hospital Medical Center, NY; <sup>3</sup>Liver Transplant Center, University of NC School of Medicine, OMC, Charlotte, NC; <sup>4</sup>Janez J. Peters VA Medical Center, Kahn School of Medicine at Mount Sinai, NY; <sup>5</sup>Peter D. Cornell Medical College, New York, NY

**Introduction**

Treatment management of acute HCV with peg-IFN alpha and weight based RBV has low sustained virologic response (SVR) rates but significant adverse effects. • Oral DAAs have achieved SVR rates exceeding 90% in many chronic liver disease populations particularly in treatment-naïve populations with low viral RNA.

**Aim**

The study aim was to evaluate the efficacy of Sofosbuvir (SOF) with Ledipasvir (LDV) or Simeprevir (SIM) in acute Hepatitis C.

**Methods**

20 patients with a diagnosis of acute hepatitis C (hepatitis panel HCV antibody + new onset HCV RNA) were recruited from a liver care specialty program in Brooklyn, NY.

They were divided into 2 groups:

- Group A (n=11): SOF 400 mg + LDV 90 mg (daily) over 4 weeks
- Group B (n=9): SOF 400 mg + SIM 150 mg (daily) over 8 weeks

Both groups were well tolerated with minimal side events.

**Side events**

Side Event	Group A (n=11)	Group B (n=9)
Headache	2	4
Fatigue	2	4
Nausea	1	1
Diarrhea	1	1
Abdominal pain	1	1
Pruritus	1	1
Constipation	1	1

**Conclusion**

Both the groups achieved a high SVR with a very short course DAAs in acute Hepatitis C.

Overall the drugs were well tolerated with minimal side events.

Large study will update the efficacy and short treatment paradigm.

**Methods**

Demographics	Group A (n=11)	Group B (n=9)
Age (mean ± SD)	39 ± 10	38 ± 10
Sex (M/F)	10/1	8/1
Weight (kg)	75 ± 15	78 ± 15
Genotype	100%	100%
Baseline ALT (U/L)	120 ± 40	110 ± 40
Baseline AST (U/L)	110 ± 40	100 ± 40
Baseline Bilirubin (mg/dL)	1.0 ± 0.5	1.0 ± 0.5
Baseline INR	1.1 ± 0.1	1.1 ± 0.1
Baseline HbA1c (%)	5.5 ± 0.5	5.5 ± 0.5
Baseline Creatinine (mg/dL)	0.8 ± 0.2	0.8 ± 0.2
Baseline Hemoglobin (g/dL)	14 ± 2	14 ± 2
Baseline Platelets (x10 <sup>9</sup> /L)	150 ± 30	150 ± 30

**Side events**

Side Event	Group A (n=11)	Group B (n=9)
Headache	2	4
Fatigue	2	4
Nausea	1	1
Diarrhea	1	1
Abdominal pain	1	1
Pruritus	1	1
Constipation	1	1

**Results**

Intention-to-Treat	Group A (n=11)	Group B (n=9)
Day 7 SVR <sup>1</sup> (%)	100%	100%
4 weeks SVR <sup>2</sup> (%)	100%	100%
8 weeks SVR <sup>3</sup> (%)	100%	100%
16 weeks SVR <sup>4</sup> (%)	100%	100%
24 weeks SVR <sup>5</sup> (%)	100%	100%
SVR <sup>6</sup> (%)	100%	100%

**Conclusion**

The study demonstrates a high SVR with a very short course DAAs in acute Hepatitis C.

Both the groups achieved a high SVR with a very short course DAAs in acute Hepatitis C.

Overall the drugs were well tolerated with minimal side events.

Large study will update the efficacy and short treatment paradigm.