

### POINTS ABORDES

*Ce compte-rendu reprend les échanges entre professionnels en CeGIDD et ne constituent pas des recommandations de pratiques.*

**Question 1 :** cas clinique : homme de 37 ans, sans antécédent notable, usager de PrEP depuis 2 ans, hospitalisé pour spasmes coronariens ; le cardiologue ne voit pas de lien, mais le patient est inquiet et interroge la prescription :

- ➔ Apports des professionnels présents : petite série de myocardites ou d'endocardites, voire d'encéphalites peu sévères sans séquelle, chez quelques patients sous PrEP, il y a quelques années, mis en lien avec de probables infections virales, pas de lien retenu. N'ont pas entendu parler de troubles coronariens.

**Question 2 :** interrogation concernant certains patients qui se protègent très bien par ailleurs et qui souhaitent la PrEP « en plus », comme double sécurité :

- ➔ « On ne refuse pas », mais si au suivi, on voit qu'il n'y a pas vraiment d'exposition déclarée (jamais d'IST intercurrente par exemple), l'indication de PrEP peut être rediscutée avec le patient, ou on peut évoquer un passage à un schéma discontinu si l'exposition n'est pas fréquente.

**Question 3 :** le fascicule de Aides d'accompagnement à la PrEP « La PrEP mode d'emploi » indique qu'en schéma discontinu, après une interruption allant jusqu'à 6 jours, une reprise avec un seul comprimé suffit.

- ➔ Débat, quel est le rationnel qui sous-tend cela ?

**Question 4 :** compte-tenu une supposition de la plus forte incidence des IST (chlamydia, gonocoque, mycoplasma genitalium) chez les personnes sous PrEP, ne faudrait-il pas dépister systématiquement le mycoplasma genitalium ?

- ➔ S'en tenir aux recommandations, ne le rechercher qu'en cas de symptômes, afin de limiter l'augmentation des souches résistantes aux macrolides.

**Question 5 :** certaines publications récentes annoncent des résistances de jusqu'à 30% des souches aux antibiotiques habituellement utilisées pour lutter contre le gonocoque (notamment en Chine) : faut-il traiter avec 1g de Ceftriaxone (recommandation américaine IAS) plutôt que 500mg ?

- ➔ Non, pour l'heure pas de données en France, les sociétés savantes recommandent le traitement à 500mg
- ➔ On pourrait envisager de réaliser des études locales mais pour l'heure, les recherches chez les personnes asymptomatiques sont faites par PCR donc on ne peut pas demander d'antibiogramme
- ➔ Il paraît utile en revanche d'inciter les patients à réaliser un frottis de contrôle lorsqu'ils ont été traités pour une infection asymptomatique afin de rechercher des formes résistantes.

**Question 6 :** concernant l'association systématique d'antibiotiques anti IST :

- ➔ dans le cas où un seul site aurait été prélevé et que le prélèvement serait positif au gonocoque, on peut envisager de coprescrire de la doxycycline « probabiliste » si le risque de chlamydia est estimé élevé par ailleurs.

**Question 7 :** les recommandations américaines (Saag MS, Gandhi RT, Hoy JF, et al. *Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults: 2020 Recommendations of the International Antiviral Society–USA Panel. JAMA. 2020;324(16):1651–1669. doi:10.1001/jama.2020.17025*) évoquent la possibilité de ne plus contrôler la fonction rénale qu'une 1 fois par an à condition qu'elle ait été correcte et stable auparavant et en l'absence de FdR de néphropathie (*Estimated creatinine clearance rate (at first quarterly visit and annually thereafter; evidence rating: AIIa); every 3 to 6 months for patients with or at risk for kidney injury (evidence rating: BIIa)*) -> évolution à venir des recommandations françaises ?

**Question 8 :** en cas d'accident d'exposition, les recommandations françaises préconisent d'attendre, après le TPE, la fin des 6 semaines de fenêtre sérologique avant de débiter la PrEP ; aux Etats-Unis, il est désormais préconisé de réaliser une charge virale et Elisa combinée et de débiter la PrEP dès la fin du TPE. (*If a PrEP candidate reports a high-risk exposure without condom use within the past 72 hours, a 3-agent course of PEP for 1 month is recommended, followed by seamless simplification to a 2-agent PrEP regimen (evidence rating: AIII). Combined HIV antibody and antigen testing and HIV RNA testing at the conclusion of PEP treatment should yield negative results. If an exposure is reported more than 72 hours from the clinical visit, PrEP should be initiated according to the above guidelines*). A suivre...