

# Réunion de concertation multidisciplinaire VIH : pourquoi et comment ?

Pr Sébastien Gallien

Service d'immunologie et maladies infectieuses

Université Paris Est Créteil

Equipe DYNAMIC



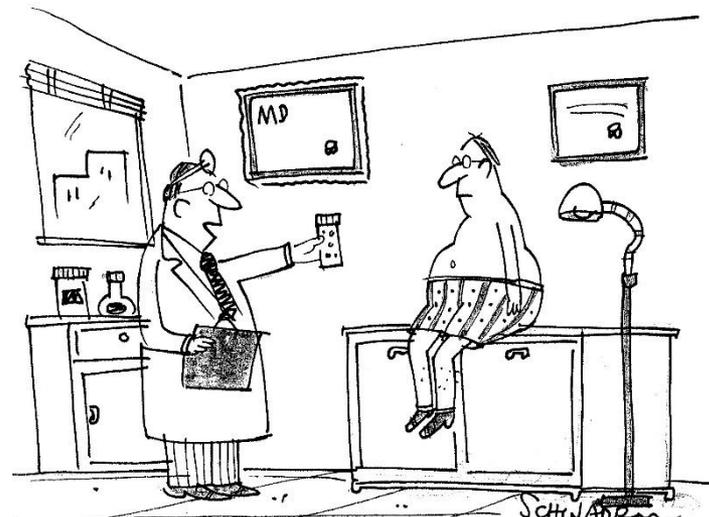
**FACULTÉ  
DE SANTÉ**



# Conflits d'intérêt



"So, I'm the only one who sees a conflict of interest here?"



"Under disclosure rules, I'm required to tell you I own stock in the company whose drug I'm prescribing."

- J'ai, ou ai eu durant les trois dernières années, une affiliation, des intérêts financiers (rémunération/ bourse/ honoraires) ou intérêts autres avec un organisme industriel ou commercial de type :
    - Bourse/ Honoraires
    - Orateur/ Consultant
    - Invitation à des Congrès
- Avec les sociétés : Gilead, Janssen, MSD, ViiV, Pfizer

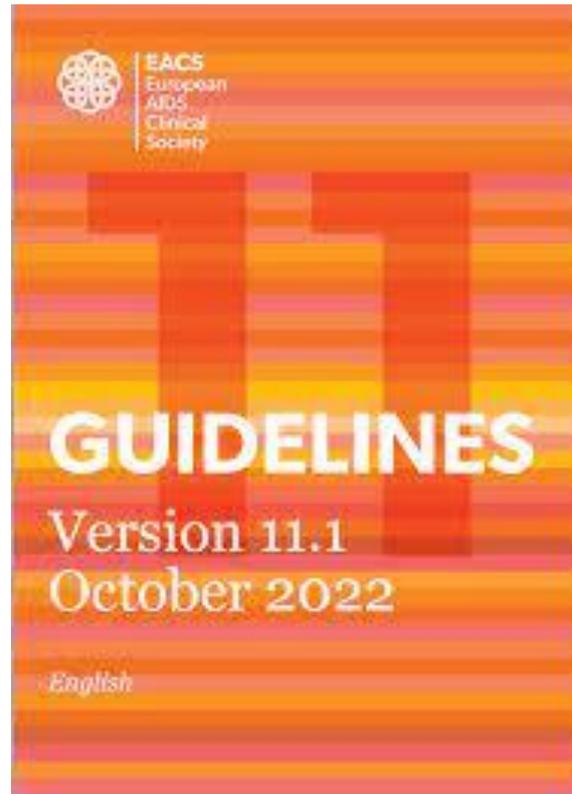
# C'est quoi une RCP ?

- Support collectif institutionnel de la décision médicale dans un contexte de forte standardisation des prises en charge (*evidence-based medicine*), servant également de méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles
- « Regroupe des professionnels de santé de différentes disciplines ( $\geq 3$ ) dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science »
  - Dossiers discutés de façon collégiale avec une décision prise tracée, puis soumise et expliquée au patient
- Obligatoire en oncologie
  - Extension aux disciplines où prises en charge complexe

# Organisation d'une RCP

- Formalisée avec un rythme établi adapté à la spécialité et à l'activité
- Comprend
  - Un coordonnateur
  - Un secrétariat
  - Une traçabilité systématique
    - de toutes les décisions (une copie dans le dossier du patient)
    - de l'indication des références scientifiques utilisées
    - de l'essai thérapeutique qui serait proposé
    - du nom du médecin référent qui doit assurer le suivi de la décision
- Avis de RCP (daté + noms et qualifications des participants) indique la proposition thérapeutique et la/les alternatives possibles
  - Si traitement effectivement délivré diffère de la proposition initiale de la RCP, les raisons doivent être argumentées par le médecin référent et inscrites dans le dossier du patient
  - Avis de chaque réunion colligés par le secrétariat

# Concernant la RCP VIH: des recommandations



## Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV



Developed by the HHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents—A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC)

### How to Cite the Adult and Adolescent Guidelines:

Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. Department of Health and Human Services. Available at <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-ary>. Accessed (insert date) [insert page number, table number, etc., if applicable].

It is emphasized that concepts relevant to HIV management evolve rapidly. The Panels have a mechanism to update recommendations on a regular basis, and the most recent information is available on the Clinical Info website (<https://clinicalinfo.hiv.gov/>).

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



Gradation des recommandations

Échelle	Définition
A	Données disponibles justifiant une recommandation de niveau élevé
B	Données disponibles justifiant une recommandation de niveau intermédiaire
C	Données disponibles insuffisantes pour justifier une recommandation

Niveaux de preuve : type de données utilisées dans les recommandations

Échelle*	Définition
I	Au moins 1 essai clinique randomisé ; méta-analyses d'essais randomisés
II	Essais cliniques non randomisés ; cohortes ou études cas-contrôle ; méta-analyses de cohortes ou d'études cas-contrôle
III	Analyses d'experts sur la base d'autres données disponibles

Dans ces situations de multiécheq, les décisions thérapeutiques doivent être prises en réunion multidisciplinaire. L'avis d'une équipe expérimentée dans la prise en charge de ces patients est indispensable dans les situations où les options thérapeutiques apparaissent limitées (AIII).



**Grade A des recommandations:** données disponibles justifiant une recommandation de niveau élevé

**Niveaux de preuve III:** analyses d'experts sur la base d'autres données disponibles

# Quand ?

## Dans les situations complexes

- Echec virologique

– en cas d'échec virologique avéré (CV > 200 copies/mL), de modifier rapidement le traitement ARV en choisissant le nouveau traitement au cours d'une réunion de concertation multidisciplinaire associant cliniciens, virologues et pharmacologues.



*A fortiori* en cas de résistance virologique

Management of virological failure (VF)	<b>If HIV-VL &gt; 50 and &lt; 200 copies/mL:</b>
	Check for adherence, reinforce adherence
	Check HIV-VL 1 to 2 months later <sup>(d)</sup>
	If genotype shows no resistance mutations <sup>(e)</sup> : maintain current ART if it contains INSTI with high barrier to resistance (BIC, DTG) or PI/b, otherwise monitor carefully
	<b>If HIV-VL confirmed &gt; 200 copies/mL:</b>
	Therapeutic decision will depend on the resistance testing (genotype) results:
If no resistance mutations found: check for adherence, reinforce adherence, perform TDM, discuss change to a different regimen	
If resistance mutations found: switch to a suppressive regimen based on drug and genotype history; multidisciplinary expert discussion advised in case of multiclass resistance	
Goal of new regimen: HIV-VL < 50 copies/mL within 6 months	

# Echec virologique

- **Objectif:** proposer un schéma thérapeutique comportant  $\geq 2$  au mieux 3 médicaments actifs (GSS = genotypic sensitivity score) sur la base de l'historique thérapeutique et du génotype (cumulé), réinterprété avec l'algorithme le plus récent avec comme objectif d'obtenir une virémie  $< 50$  cpml à M6
  - ARV actif (= 1) si appartient à une classe non encore utilisée ou déjà utilisée mais pour lequel le(s) génotype(s) de résistance actuel et cumulés prédise(nt) sa sensibilité
  - Si M184V/I: poursuivre 3(F)TC possible
  - Eventuellement: DTG (pleinement actif) + 2NRTI dont 1 seul des 2 pleinement actif
  - *Au besoin: essais cliniques, médicaments expérimentaux*
- Combinaison la plus simple, la moins toxique, avec le moins d'interactions, la plus préventive d'émergence de résistance à des futures associations ...

# Le multiéchec

Si le test génotypique de résistance montre une résistance à l'ensemble des médicaments disponibles, il est recommandé de ne pas modifier le traitement en cours dans l'attente de pouvoir proposer une multithérapie active. Il est parfois utile d'augmenter les doses des IP/r, sous couvert de dosages plasmatiques, afin d'obtenir une concentration efficace sur des souches multirésistantes (concept de quotient inhibiteur génotypique). Les études de cohorte ont montré que le maintien d'un nombre de CD4 stable malgré une situation d'échec virologique s'accompagnait d'un risque moindre de progression clinique. L'utilisation de foscarnet peut être discutée au cas par cas en l'absence d'autre possibilité thérapeutique pour réduire la CV avant d'introduire un traitement ARV non pleinement efficace [78].

Dans ces situations de multiéchec, les décisions thérapeutiques doivent être prises en réunion multidisciplinaire. L'avis d'une équipe expérimentée dans la prise en charge de ces patients est indispensable dans les situations où les options thérapeutiques apparaissent limitées (AIII).

## Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)

Drug	Mutations list	Range	Color	Interpretation
Epivir® / Emtriva® Lamivudine / Emtricitabine (3TC_FTC)	184V	3		R - Resistance
Ziagen® Abacavir (ABC)	41L, 67N, 74V, 184V, 210W, 215Y	3		R - Resistance
Zerit® Stavudine (d4T)	41L, 67N, 70R, 210W, 215Y, 219E	3		R - Resistance
Videx® Didanosine (DDI)	41L, 70R, 74V, 184V, 215Y, 219E	3		R - Resistance
Viread® Tenofovir DF (TDF)	41L, 67N, 74V, 210W, 215Y	2		I - Possible resistance
Retrovir® Zidovudine (ZDV)	41L, 67N, 70R, 210W, 215Y, 219E	3		R - Resistance

## Non-Nucleoside Reverse transcriptase Inhibitors (NNRTI)

Drug	Mutations list	Range	Color	Interpretation
Sustiva® Stocrin® Efavirenz (EFV)	100I, 103N	3		R - Resistance
Intence® Etravirine TMC125 (ETR)	100I, 179I, 179T	1		S - Susceptible
Viramune® Nevirapine (NVP) *	100I, 103N	3		R - Resistance
Rilpivirine (RPV)	100I, 103N	3		R - Resistance

## Protease Inhibitors (PI)

Drug	Mutations list	Range	Color	Interpretation
Reyataz® / Norvir® 300/100 Atazanavir / Ritonavir (ATV_RTV)	10F, 33F, 46I, 60E, 84V	3		R - Resistance
Prozista® / Norvir® 600/100 Darunavir TMC114 / Ritonavir (DRV_RTV)	11I, 32I, 33F, 47V, 54M, 84V, 89V	3		R - Resistance
Crixivan® Indinavir (IDV)	20R, 32I, 46I, 54M, 71V, 82A, 84V	3		R - Resistance
A component of Kaletra® Lopinavir (LPVr)	10F, 20R, 33F, 46I, 54M, 63P, 71V, 82A, 84V	3		R - Resistance
Viracept® Nelfinavir (NFV)	46I, 54M, 71V, 82A, 84V	3		R - Resistance
Invirase® / Norvir® 1000/100 Saquinavir / Ritonavir (SQV_RTV)	10F, 15V, 20R, 62V, 82A, 84V	3		R - Resistance
Aptivus® / Norvir® 500/200 Tipranavir / Ritonavir (TPV_RTV) **	36L, 89V	2		I - Possible resistance
Telzir® / Norvir® 700/100 Fosamprenavir / Ritonavir (fosAPV_RTV)	10F, 32I, 33F, 47V, 54M, 62V, 82A, 84V	3		R - Resistance

## Fusion inhibitors (FI)

Drug	Mutations list	Range	Color	Interpretation
Fuzeeon® Enfuvirtide (T20)	43D	3		R - Resistance

Drug	Mutations list	Range	Color	Interpretation
Dolutegravir (DTG)	140S, 148H	3		R - Resistance
Elvitegravir (EVG)	140S, 148H	3		R - Resistance
Isentress® Raltegravir (RAL)	72I, 97A, 140S, 148H	3		R - Resistance

## Virus CXCR4

## Que faire ?

- Proposer de nouvelles molécules / ATU (fostemsavir, ibalizumab, lenacapavir)
- Participation à un essai clinique
- Prévention et dépistage des IO

# Quand ?

## Dans les situations complexes

- *Echec virologique*
- Grossesse

– Grossesse PVVIH = à risque = prise en charge pluridisciplinaire

– Discussion du choix du traitement antirétroviral en fonction des données (qui évoluent !) → *Antiretroviral Therapy and Adverse Pregnancy Outcomes in People Living with HIV. N Engl J Med 2023 388:344-356*

Regimen	Main requirements	Additional guidance (see footnotes)
<b>Recommended regimens</b>		
<b>2 NRTIs + INSTI (PREFERRED)</b>		
ABC/3TC + DTG or ABC/3TC/DTG	DTG to be discussed with women considering to become pregnant or if to be used in first 6 weeks of pregnancy HLA-B*57:01 negative HBsAg negative	I (ABC; HLA-B*57:01, may delay starting ART) II (DTG in pregnancy; see footnote)
TDF/FTC or TAF/FTC + DTG	DTG to be discussed with women considering to become pregnant or if to be used in first 6 weeks of pregnancy TAF/FTC not recommended in first 14 weeks of pregnancy	II (DTG in pregnancy; see footnote) III (Tenofovir salts) IV (TAF & pregnancy)
TDF/FTC or TAF/FTC + RAL 400 mg bid	TAF/FTC not recommended in first 14 weeks of pregnancy	III (Tenofovir salts) IV (TAF & pregnancy) V (RAL in pregnancy, bid dosing)
<b>2 NRTIs + PIV</b>		
TDF/FTC or TAF/FTC + DRV/r 600 mg/100 mg bid	With food TAF/FTC not recommended in first 14 weeks of pregnancy	III (Tenofovir salts) IV (TAF & pregnancy) VI (DRV dosing) VII (COBI boosting)
<b>Alternative regimens</b>		
<b>2 NRTIs + INSTI</b>		
ABC/3TC + RAL 400 mg bid	HBsAg negative HLA-B*57:01 negative	I (ABC; HLA-B*57:01, may delay starting ART) V (RAL in pregnancy, bid dosing)
<b>2 NRTIs + NNRTI</b>		
ABC/3TC + EFV	HLA-B*57:01 negative HBsAg negative HIV-VL < 100,000 copies/mL At bedtime or 2 hours before dinner	I (ABC; HLA-B*57:01, may delay starting ART) VIII (EFV HIV-2 & group O)
TDF/FTC or TAF/FTC + EFV or TDF/FTC/EFV	At bedtime or 2 hours before dinner TAF/FTC not recommended in first 14 weeks of pregnancy	III (Tenofovir salts) IV (TAF & pregnancy) VIII (EFV HIV-2 & group O)
TDF/FTC or TAF/FTC + RPV or TDF/FTC/RPV or TAF/FTC/RPV	CD4 count > 200 cells/μL HIV-VL < 100,000 copies/mL Not on gastric pH increasing agents With food TAF/FTC not recommended in first 14 weeks of pregnancy	II (Tenofovir salts) IX (RPV exposure during 2 <sup>nd</sup> and 3 <sup>rd</sup> trimester, HIV-2) X (Interactions)
<b>2 NRTIs + PIV</b>		
ABC/3TC + DRV/r 600 mg/100 mg bid	HLA-B*57:01 negative HBsAg negative With food	I (ABC; HLA-B*57:01, may delay starting ART) VI (DRV dosing) VII (COBI boosting)

Preferred Initial Regimens in Pregnancy		
Drugs or drug combinations are designated as Preferred for therapy during pregnancy when clinical trial data in adults have demonstrated efficacy and durability with acceptable toxicity and ease of use, and pregnancy-specific PK data are available to guide dosing. In addition, the available data must suggest a favorable risk-benefit balance for the drug or drug combination compared with other ART drug options; the assessment of risks and benefits should incorporate maternal, pregnancy, fetal, and infant outcomes. Some Preferred drugs or regimens may have minimal toxicity or teratogenicity risks that are offset by other advantages for people with HIV who are pregnant or who are trying to conceive. Therefore, it is important to read all the information on each drug in the Prenatal Guidelines before administering any of these medications to patients (see <a href="#">Appendix B: Statement: Safety and Toxicity of Individual Antiretroviral Agents in Pregnancy</a> ).		
Preferred Dual NRTI Backbones	Advantages	Disadvantages
ABC/3TC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Once-daily dosing</li> <li>Available as an FDC</li> <li>Well-tolerated during pregnancy</li> <li>Reassuring PK data during pregnancy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Becomes HLA-B*57:01 testing before use; ABC should not be used in patients who test positive for HLA-B*57:01 because of the risk of developing a hypersensitivity reaction. Requires education about hypersensitivity reactions.</li> <li>Not able to be used for <a href="#">hepatitis B Virus/HIV coinfection</a>.</li> <li>ABC/3TC administered with AT/0 or EFV is not recommended if pretreatment HIV RNA is &gt;100,000 copies/mL.</li> <li>ABC is not recommended as part of regimens for initial treatment of early (acute or recent) HIV infection since <a href="#">Resource HLA-B*57:01 testing before use</a>. When results of HLA-B*57:01 testing are not available, use of TDF or TAF (rather than ABC) will avoid delays in starting ART.</li> </ul>
TAF/FTC or TAF plus 3TC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Once-daily dosing</li> <li>Available as an FDC</li> <li>Reassuring PK data and extensive use during pregnancy. <a href="#">No renal adjustment required in pregnancy</a></li> <li>Activity against HBV</li> <li>Minimal toxicity compared to ZDV/DTG</li> <li>When combined with DTG, TAF/FTC is associated with more treatment-emergent obesity in nonpregnant adult women compared to TDF/FTC. <a href="#">Weight gain impact on weight gain in pregnancy may be beneficial, as noted in the Advantages column.</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>When combined with DTG, TAF/FTC is associated with more treatment-emergent obesity in nonpregnant adult women compared to TDF/FTC. <a href="#">Weight gain impact on weight gain in pregnancy may be beneficial, as noted in the Advantages column.</a></li> </ul>
TDF/FTC or TDF/FTC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Once-daily dosing</li> <li>Available as an FDC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potential concerns about fetal bone and early-life growth abnormalities with TDF, although clinical findings are reassuring to date.</li> </ul>

# Quand ?

## Dans les situations complexes

- *Echec virologique*
- *Grossesse*
- Chimiothérapie

### ***La réunion de concertation pluridisciplinaire cancer/VIH : une organisation particulière***

Comme évoqué au cours du dispositif d'annonce, dans le souci constant d'optimisation de la prise en charge de PVVIH atteinte de cancer, le dossier médical doit être présenté en RCP afin de définir un PPS qui intégrera les spécificités liées à l'infection par le VIH et ses comorbidités.

Le cadre réglementaire des RCP en cancérologie, notamment sa composition et son fonctionnement, est bien défini [14, 15]. Dans le cadre de la prise en charge d'une affection maligne chez une PVVIH, l'objectif d'une RCP est d'assurer une prise en charge carcinologique optimale et identique à celle proposée en population générale (comorbidités/immunodépression prises en compte).  La RCP doit permettre par ailleurs de limiter le risque d'interactions médicamenteuses entre les ARV et le traitement carcinologique (adaptation du traitement antirétroviral, monitoring pharmacologique) ainsi que la survenue de complications liées à l'immunodépression secondaire (chimio prophylaxie des infections opportunistes) et aux comorbidités (décompensation d'une hépatopathie, insuffisance rénale...).

# Non-AIDS-related malignancies: expert consensus review and practical applications from the multidisciplinary CANCERVIH Working Group

J-P Spano<sup>1</sup>, I Poizot-Martin<sup>2</sup>, D Costagliola<sup>3</sup>, F Boué<sup>4</sup>, O Rosmorduc<sup>5</sup>, A Lavolé<sup>6</sup>, S Choquet<sup>7</sup>, P-E Heudel<sup>8</sup>, V Leblond<sup>9</sup>, J Gabarre<sup>10</sup>, M-A Valantin<sup>11</sup>, C Solas<sup>12</sup>, A Guihot<sup>13</sup>, G Carcelain<sup>14</sup>, B Autran<sup>14</sup>, C Katlama<sup>11</sup>, L Quéro<sup>15</sup>

Affiliations + expand

PMID: 26681686 DOI: 10.1093/annonc/mdv606

Free article

## Abstract

Malignancies represent a major cause of morbidity and mortality in human immunodeficiency virus (HIV)-infected patients. The introduction of combined antiretroviral therapy has modified the spectrum of malignancies in HIV infection with a decreased incidence of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) malignancies such as Kaposi's sarcoma and non-Hodgkin's lymphoma due to partial immune recovery and an increase in non-AIDS-defining malignancies due to prolonged survival. Management of HIV-infected patients with cancer requires a multidisciplinary approach, involving both oncologists and HIV physicians to optimally manage both diseases and drug interactions between anticancer and anti-HIV drugs. The French CANCERVIH group presents here a review and an experience of managing non-AIDS malignancies in HIV-infected individuals.



**Réseau Expert National pour  
les patients infectés par le  
VIH et atteints de cancer**

[www.cancervih.org](http://www.cancervih.org)



**CANCERVIH**  
Réseau national de prise en charge  
des PVVIH atteints de cancer

# RCP nationale ONCOVIH

- Discussion pluridisciplinaire sur:
  - le traitement antirétroviral en rapport avec le traitement anticancéreux proposé
  - la prise en charge des préventions et des complications
- 2 fois par mois le **mardi à 17h30** en web-conférence (Zoom), à partir du centre expert national situé à la Pitié-Salpêtrière
- *Pour présenter un patient, renvoyer la fiche ci-jointe à [marianne.veyri@aphp.fr](mailto:marianne.veyri@aphp.fr) +/- en y joignant des documents complémentaires (photos, CR d'anapath...)*
- <https://www.cancervih.org/la-rcp-nationale-oncovih>



<b>Patient</b>		<b>Numéro de la fiche</b>	
Sexe	Choisir	FR-	
Pays de résidence	<input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Autre	Taille (m)	
Département de domicile		Poids (kg)	
Mois et année de naissance	mois-xxxx	IMC (calcul automatique)	#DIV/0!
Pays de naissance			
<b>Centre de prise en charge VIH</b>		<b>Centre de prise en charge Cancer</b>	
Etablissement		Etablissement	
Service		Service	
Médecin(s) référent(s) VIH		Médecin(s) référent(s) cancer	
Téléphone		Téléphone	
Mail		Mail	
Médecin traitant		Adresse médecin traitant	
<b>Motif de la RCP</b>		<b>Capacité de vie (OMS)</b>	
<input type="checkbox"/> Avis thérapeutique VIH <input type="checkbox"/> Avis thérapeutique oncologie <input type="checkbox"/> RCP de recours		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
<b>Addictions</b>		<b>Comorbidités / Co-infections</b>	
Tabac	Choisir	CICr (ml/min)	
Nb de PA ou nb de cigarettes/jr		<input type="checkbox"/> AgHBs+ <input type="checkbox"/> AgHBs-	
		<input type="checkbox"/> AcHBs isolé <input type="checkbox"/> AcHBc isolé	
Toxicomanie	<input type="checkbox"/> Active précisez	Co-infection VHB	
		Co-infection VHC	Choisir
Alcool	Choisir	Sérologie CMV	Choisir
		Sérologie toxoplasmose	Choisir
<b>Cancers</b>			
ATCD personnels de cancer (autre que celui actuel)		Si oui, précisez	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Date du diagnostic du cancer actuel	xx-mois-xx	Siège de la tumeur primaire	
Contexte de découverte		Autres localisations	
<input type="checkbox"/> Dépistage <input type="checkbox"/> Manifestation clinique <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Autres précisez			
Type de cancer	Choisir	Classification	T... N... M... Ann Arbor <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Si autre, précisez		Statut thérapeutique	Choisir
Phase de la maladie	<input type="checkbox"/> Phase initiale <input type="checkbox"/> Rechute	Date du début du traitement onco	xx-mois-xx
Histologie (anapath. / biologie moléculaire / PD-L1)		Chirurgie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
NGS réalisé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de la chirurgie	xx-mois-xx
Type de chirurgie			

<b>VIH</b>	
Année diagnostic VIH	xxxx
Nadir des CD4 (/mm <sup>3</sup> )	
CD4 actuels (/mm <sup>3</sup> )	
Ratio CD4/CDB	
Allergie aux sulfamides	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Traitement ARV en cours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date du 1er traitement ARV	xx-mois-xx
HLA B5701	Choisir
CV VIH actuelle (cp/mL)	
Durée de suppression virologique	
Si oui, depuis	xx-mois-xx
<b>NRTI</b>	
<input type="checkbox"/> Viread® (TDF) Ténofovir	<input type="checkbox"/> Truvada® (FTC + TDF)
<input type="checkbox"/> Ziagen® (ABC) Abacavir	<input type="checkbox"/> Kivexa® (ABC + 3TC)
<input type="checkbox"/> Eпивir® (3TC) Lamivudine	<input type="checkbox"/> Combivir® (AZT + 3TC)
<input type="checkbox"/> Emtriva® (FTC) Emtricitabine	
<b>Inhibiteur de protéase</b>	
<input type="checkbox"/> Kaletra® (LPV) Lopinavir	<input type="checkbox"/> Prezista® (DRV) Darunavir
<input type="checkbox"/> Reyataz® (ATV) Atazanavir	<input type="checkbox"/> Norvir® (RTV) Ritonavir
<b>Inhibiteur d'intégrase</b>	
<input type="checkbox"/> Isentress® (RAL) Raltégravir	<input type="checkbox"/> Tivicay® (DTG) Dolutégravir
<b>Combinaisons d'ARV</b>	
<input type="checkbox"/> Atripla® (EFV + FTC + TDF)	<input type="checkbox"/> Triumeq® (3TC + ABC + DTG)
<input type="checkbox"/> Genvoya® (EVG + TAF + FTC + COBI)	<input type="checkbox"/> Stribild® (TDF + FTC + EVG + COBI)
<input type="checkbox"/> Delstrigo® (DOR + 3TC + TDF)	<input type="checkbox"/> Odefsey® (TAF + FTC + RPV)
<input type="checkbox"/> Eviplera® (FTC + RPV + TDF)	<input type="checkbox"/> Biktarvy® (TAF + FTC + BCT)
<input type="checkbox"/> Dovato® (DTG + 3TC)	<input type="checkbox"/> Juluca® (DTG + RPV)
<input type="checkbox"/> Odefsey® (TAF + FTC + RPV)	<input type="checkbox"/> Vocabria® (Cabotégravir) + Rekambys® (Rilpivirine)
<b>Autres classes d'ARV</b>	
<input type="checkbox"/> Rukobia® (Fostemsavir)	<input type="checkbox"/> Trogarzo® (Ibalizumab)
<input type="checkbox"/> Celsentri® (Maraviroc)	Autre ARV
<b>Comédications (pour éventuelles interactions médicamenteuses)</b>	
<b>Commentaires éventuels et questions posées à la RCP</b>	
<b>Recommandations / décisions de la RCP</b>	
Date de la RCP	
xx-mois-xx	
Responsable de la RCP	
Participants à la RCP	
Traitement ARV	
<input type="checkbox"/> Initié / modifié	<input type="checkbox"/> Maintenu à l'identique
Monitoring pharmacologique ARV	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> CV VIH 1/mois	<input type="checkbox"/> CD4 tous les 3 mois
Si AgHBs+	
ADN VHB 1/mois	
Si sérologie CMV+	
PCR CMV 1/mois et si > 1000 cp/mL : Rovalyte® 900 mg/jr après contrôle du FO à maintenir jusqu'à la fin du traitement carcinologique	
Prophylaxies à maintenir après le traitement carcinologique jusqu'à un taux de CD4 > 200 ou 15% pendant 6 mois	
<input type="checkbox"/> Bactrim faible 1/jr	<input type="checkbox"/> Bactrim fort 1/jr
<input type="checkbox"/> Wellvone 2 x 5 mL en 1 prise	<input type="checkbox"/> Aérosol de pentacécarin
<input type="checkbox"/> Valacyclovir 500 2 cp/jr	
Proposition d'inclusion dans un protocole	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autre	

Fournir:

- la liste des traitements antérieurs pour le cancer
- la liste des traitements ARV et des génotypes antérieurs

# Quand ?

Dans les situations complexes

- *Echec virologique*
- *Grossesse*
- *Chimiothérapie*
- Transplantation d'organe
  - interactions entre antirétroviraux et immunosuppresseurs

## **Solid Organ Transplantation (SOT)**

=> pharmacologue ++

### General features

- HIV infection is not a contraindication for transplantation consideration.
- Experts in HIV medicine should preferably be members of the multi-disciplinary team, responsible for the pre-transplant evaluation, and take primary responsibility for the management of the HIV infection and the prevention and treatment of OIs

# Drug-drug Interactions between Immunosuppressants (for SOT) and ARVs

Immuno-suppressants		ATV/c	ATV/r	DRV/c	DRV/r	LPV/r	DOR	EFV	ETV	NVP	RPV	FTR	MVC	BIC	CAB oral	CAB/RPV	DTG	EVG/c	RAL	TAF	TDF
CS	prednisone	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓20%	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	E11%	↑	↔	↔	↔
	azathioprine	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
AM	mycophenolate	↔	↓a	↔	↓a	↓a	↔	↓a	↔	↓a D13%	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	cyclosporine	↑a	↑a	↑a	↑a	↑a	E	↓a	↓a	↓a	E	↔	E	E	↔	E	↔	↑a	↔	E	Eb
CNI	tacrolimus*	↑a,c	↑a,c	↑a	↑a	↑a,c	↓a	↓a	↓a	↓a	↔c	↔c	↔	↔	↔	↔c	↔	↑a	↔	↔	↔b
	everolimus	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓a	↓a	↓a	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔
mTOR	sirolimus	↑	↑	↑	↑	↑	↓a	↓a	↓a	↓a	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔b
	anti-thymocyte globulin	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Other	basiliximab	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	belatacept	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔

### Colour legend

- No clinically significant interaction expected
- These drugs should not be co-administered
- Potential clinically significant interaction that is likely to require additional monitoring, alteration of drug dosage or timing of administration
- Potential interaction likely to be of weak intensity. Additional action/monitoring or dosage adjustment is unlikely to be required

### Interactions with ABC, FTC, 3TC, ZDV

- ABC: potential decrease in mycophenolate exposure.
- ZDV: potential risk of additive haematotoxicity with azathioprine.
- ZDV: potential alteration in mycophenolate exposure, monitor plasma concentrations.

### Interactions with ibalizumab

None



Interaction Checker →  
Apps ↓

About Us
Interaction Checkers
Prescribing Resources
Videos
Site News
Contact Us
Support Us

Interactions with Lenacapavir (Sunlenca®) now available - [click here](#) for more details

## Interaction Checker

Access our free, comprehensive and user-friendly drug interaction charts

English

<https://www.hiv-druginteractions.org/>

# Quand ?

## Dans les situations complexes

- *Echec virologique*
- *Grossesse*
- *Chimiothérapie*
- *Transplantation d'organe*
- Simplification ? Allègement ?
- Coinfections VIH/hépatite C ?

Dans les situations difficiles où il existe des interactions multiples, ou en cas d'utilisation indispensable d'antirétroviraux ou d'autres médicaments ayant de fortes interactions avec les IP du VHC, le dosage pharmacologique des différentes molécules (antirétroviraux et IP du VHC) peut être utile. Les résultats de ces dosages, discutés en staff multidisciplinaire avec des pharmacologues, pourraient permettre de pouvoir traiter par trithérapie anti-VHC des patients co-infectés pour lesquels il n'est pas possible d'effectuer une optimisation de traitement anti-VIH.

# Société Française de Lutte contre le Sida



- SFLS souligne l'intérêt des RCP dans le cadre de l'Evaluation des Pratiques Professionnels autour du PVVIH
  - Partage des expériences, amélioration des connaissances et confrontation des pratiques personnelles aux recommandations ou aux pratiques des experts
- **Charte ou règlement intérieur d'une RCP recommandé par la SFLS**
  - Organisation formalisée dans un document commun validé par les différents membres participants (daté et régulièrement actualisé)
  - *Implication du chef de service des spécialités concernées*
  - Expliciter objectifs, principes, responsable, participants (pluridisciplinarité/pluri professionnalité), périodicité et durée des réunions, modalités de sélection des cas, modalités de présentation des cas, modalités de priorisation des avis (argumentées), classement du CR de RCP (dossier du patient))

# Comment ?

- Qui ?
  - Virologue
  - Pharmacologue
  - Infectiologue
  - En fonction de la problématique: gynécologue, pédiatre, hépatologue, cancérologue, ...
- Où ?
  - Présentiel
  - Distanciel
- Quand ? Mensuel à hebdomadaire

# Pratique évaluée ? (1)

- Données sur l'efficacité de la RCP en cancérologie non univoques:
  - => améliore les recommandations pour le diagnostic et le traitement pour de nombreux types de cancer & favorise le respect des recommandations de pratique clinique (*Prades Health Policy. 2015*)
  - nombre limité d'études: améliore la qualité de vie, le taux d'admission dans des essais cliniques suggérant une amélioration sur le taux de survie
    - peu/pas d'association entre la RCP et la qualité de vie ou de survie dans une large étude US (*Keating Natl Cancer Inst. 2013*)
- Variation de la qualité du processus de prise de décision suivant plusieurs paramètres (*Hahlweg BMC Cancer 2017*)
  - qualités des informations présentées et de la présentation des informations
  - niveau d'expérience des participants
  - degré d'incertitude au cours de la discussion
  - contraintes de temps

# Pratique évaluée ? (2)

- **Approche sociologique** (*« Est-ce que tu ferais ça à ta mère ? »*. Délibération, standardisation et décision médicale en réunion de concertation pluridisciplinaire de cancérologie, Derbez Sciences Sociales et Santé 2022)
  - Processus de concertation décisionnaire, articulation entre délibération et décision (*« impératif délibératif »*), grâce aux données de la recherche (source d'objectivité *« régulatrice »*) et des recommandations de bonnes pratiques cliniques (processus social de traduction des données de la science)
    - *dans quelle mesure les standards peuvent-ils être discutés par les cliniciens ?*
    - *comment ces standardisations participent-elles à la prise de décision ?*
  - => *Recommandations et données de la recherche discutées au nom de l'expérience clinique*
  - variation du lien entre délibération et décision en fonction des contextes:
    - décisions prises en RCP souvent non discutées, découlant de l'application de standards (objet d'un consensus préalable)
    - ou à l'inverse discussion pour étayer une décision médicale autonome
    - importance des discussions sur les options de traitement pour faire face aux fortes incertitudes (*« balayer collectivement l'horizon des possibles »*)
    - si délibération sans prise de décision explicite, la décision finale s'élabore dans l'interaction de la consultation
  - RCP n'effacent ni les routines locales ni les compétences individuelles

# Pratique évaluée chez les PVVIH ?

- **Aucune données trouvées (PubMed) dans la prise de décision du choix du traitement antirétroviral**
  - HIV
  - # "board"
  - # "multidisciplinary board"
  - # "multidisciplinary committee"
  - # "multidisciplinary team"
  - # "Interdisciplinary Communication"[Mesh]
  - # "Clinical Decision-Making"[Mesh]
  - # "Decision Making, Shared"[Mesh]
  - # ...

# JNI 2009

## G-03 Évaluation de la mise en place d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) VIH-VHC au CHU de Nice

### Introduction et objectifs

Objectifs : Évaluer l'impact de la mise en place d'une RCP VIH-VHC sur l'état virologique des patients suivis.

### Matériels et méthodes

Méthode : L'objectif principal de la RCP défini en janvier 2008 était l'amélioration de l'état virologique des patients suivis dans la cohorte. Le recueil des avis RCP sont effectués dans le dossier médical informatisé Nadis®. L'état virologique a été évalué dans NadisEval avant et après la mise en place de la RCP sur le pourcentage de patients traités par antirétroviraux (ARV) présentant une ARN VIH > 50 copies/ml après plus de 6 mois de traitement.

### Résultats

Résultats : 39 RCP validantes ont été réalisées en 2008 pour 177 avis d'experts concernant 152 patients. Les avis donnés portaient sur des propositions de modifications thérapeutiques (changement d'ARV ou adaptation posologique), d'inclusion dans des essais cliniques, d'explorations complémentaires cliniques ou paracliniques. Au 31/12/2008, 87 % ( $n = 1\ 051$ ) des patients traités présentaient une ARN VIH < 50 cp/ml après plus de 6 mois de traitement, contre 75 % (803) d'entre eux au 31/12/2007 ( $p < 0,0001$ ). Ces résultats portent sur les patients suivis pas tous les cliniciens du pôle. Sur les 241 patients en échec en 2007 et toujours suivis en 2008, 65.5 % sont en succès virologique et 27 % ont changé de traitement ARV. 26 % des patients en échec au 30/12/2007 ont bénéficié d'une présentation en RCP en 2008.

### Conclusion

La RCP VIH-VHC du CHU de Nice répond aux critères de l'EPP et est validante pour les 24 praticiens. L'amélioration de l'état virologique de la cohorte est plurifactorielle : présentation des dossiers en RCP, sensibilisation aux recommandations, application et suivis par tableaux de bord des objectifs définis par la RCP, mise à disposition de nouvelles molécules antirétrovirales.

# Conclusion RCP VIH

---

- Organisation formalisée et à formaliser (cf. HAS)
- Recommandée et utile
  - Pour le patient => situations complexes (échec virologique ++)
  - Pour le clinicien => échanges de point de vue /d'expérience, mise à jour des connaissances, enseignement (juniors +++)
  - Pour le service/institution => méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles
- **Des biais:** temps, expérience des participants, incertitude/présentation des données, ...
- *L'avenir pour optimiser la décision: l'IA ?*



?? quiz ??

# Pré-test

**1. L'organisation d'une réunion de concertation multidisciplinaire (RCP) selon l'HAS doit comprendre:**

- A. Une rythmicité au minimum bimensuelle
- B. La présence de professionnels d'au moins 3 disciplines différentes
- C. Un avis signé par tous les participants
- D. Peut avoir lieu en visioconférence
- E. Une décision expliquée au patient

## **2. Le recours à une réunion de concertation multidisciplinaire (RCP) est indiqué dans les situations suivantes:**

- A. Décision de chimiothérapie anticancéreuse
- B. Adaptation de traitement immunosupresseur d'une sclérose en plaque réfractaire
- C. Initiation d'un traitement anti-hypertenseur
- D. Indication à une chirurgie bariatrique
- E. Switch en 2<sup>ème</sup> ligne d'un traitement antirétroviral par allègement thérapeutique

### **3. Un avis de réunion de concertation multidisciplinaire (RCP) doit toujours comporter les éléments suivants:**

- A. Noms et qualifications des participants
- B. Proposition thérapeutique étayée de références scientifiques
- C. Eventuelles alternatives thérapeutiques possibles
- D. Type de l'essai thérapeutique si proposé
- E. Nom du médecin référent assurant le suivi de la décision

# Post-test

1. **Dans quelles situations une réunion de concertation multidisciplinaire (RCP) est recommandé dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ?**
  - A. Initiation d'un 1er traitement antirétroviral
  - B. Switch de DTG/RPV (JULUCA@) aux antirétroviraux injectables CAB/RPV (VOCABRIA@/REKAMBYS@)
  - C. Echec virologique avec émergence de mutations de résistance
  - D. Grossesse
  - E. Proposition de participation à un essai clinique de switch

## **2. En ce qui concerne la réunion de concertation multidisciplinaire (RCP) en cancérologie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ?**

- A. Une RCP oncologique sans infectiologue est suffisante pour le choix de chimiothérapie
- B. Une RCP oncologique avec infectiologue, virologue et pharmacologue est recommandé
- C. Une RCP oncologique pour les PVVIH est accessible dans toute la France 2 fois par mois
- D. La prise en charge des préventions et des complications des chimiothérapies requiert une expertise particulière à discuter en RCP
- E. La réunion nationale multidisciplinaire ONCOVIH n'est pas structurée comme une RCP

### **3. En ce qui concerne l'évaluation des réunions de concertation multidisciplinaire (RCP), quelles propositions sont justes ?**

- A. Il existe un haut niveau de preuve de l'efficacité des RCP en oncologie
- B. Les études suggèrent une amélioration de la qualité de vie et du taux d'admission dans des essais cliniques en oncologie
- C. Les études démontrent une amélioration sur le taux de survie en oncologie
- D. Il existe des variations de la qualité du processus de prise de décision suivant la qualité des informations présentées
- E. Des données suggèrent une meilleure évolution virologique des patients discutés en RCP VIH