

# Allégement thérapeutique

## Cas cliniques

Pr. M. Chakroun  
Service des Maladies Infectieuses. CHU  
Monastir. Tunisie

TUNISIE

HAMMAMET

du 28 sept.  
au 30 2017

[www.aframed2017.org](http://www.aframed2017.org)

2<sup>e</sup> édition

AFRAMED  
VIH / HÉPATITES





## Cas clinique 1

Patient âgé de 26 ans

➤ Dépisté VIH positif en Mars 2014

### **Bilan initial**

- CV : 14536 copies /ml, CD4 : 430/mm<sup>3</sup>
- Co-infecté VHB.
- Mis sous Truvada et Stocrin 600 mg depuis en Mai 2014
- Suivi : CV à M1: 145 copies/ml  
CV M3 : indétectable  
Avril 2017 : CV indétectable, taux de CD4 : 890/mm<sup>3</sup>



Q1-Peut-on alléger le traitement ?



Q2- Parmi les molécules disponibles, quelles sont les régimes les plus adaptées pour un allègement thérapeutique?



Q3- Comment pouvez-vous assurer le suivi après l'allégement du traitement (observance, effets indésirables, périodicité des visites et des bilan immuno-virologique)?



## Cas clinique 2

Patient âgé de 35 présente une co-infection VIH-VHC.

2011 : Traité en Italie par Trizivir (ABC/3TC/AZT) avec une bonne réponse immuno-virologique.

2013 : Dernière CV indétectable.

**De retour en Tunisie en 2013 :**

- Poursuite du même traitement antirétroviral.
- 2015 : Traitement de l'hépatite C : Interféron pégylé et Ribavirine avec une RVS.

**En 2016 le patient demande de simplifier son traitement antirétroviral :**

- ➔ Changement pour TDF/FTC/EFV : 1 cp/j
- ➔ Avril 2017 : Charge virale toujours indétectable, CD4 : 950/mm<sup>3</sup>.



Q1-Peut-on alléger le traitement ?



Q2- Parmi les molécules disponibles, quelles sont les régimes les plus adaptées pour un allègement thérapeutique?



Q3- Comment pouvez-vous assurer le suivi après l'allégement du traitement (observance, effets indésirables, périodicité des visites et des bilan immuno-virologique)?



## Cas clinique 3

Patient âgé de 34 ans sans antécédents pathologiques notables.

Dépisté VIH positif lors d'un don de sang.

### **Bilan initial**

- CV : 123000 copies /mL
- CD4 : 340/mm<sup>3</sup>
- Pas d'infection opportuniste, ni de co-infection.
- Avril 2014 : Mis sous TDF/FTC/EFV : 1 cp/j
- CV M1 : 1000 copies/mL
  - M3 : 230 copies/mL
  - M6 : indétectable



## Cas clinique 3

Patient âgé de 34 ans sans antécédents pathologiques notables.

Dépisté VIH positif lors d'un don de sang.

### **Sous TDF/FTC/EFV**

- ALAT: 300 UI/mL, ASAT: 320 UI/mL, TP: 80%.
- Bilan de contrôle : ALAT: 430 UI/mL, ASAT: 420 UI/mL, TP: 78%.
- Échographie abdominale : normale
- Bilan immunologique : négatif
- L'origine médicamenteuse de l'hépatite était retenue.
- Le traitement a été modifié par truvada + atazanavir/r.

Avec bonne tolérance et bonne réponse immuno-virologique

Août 2017 : CV indétectable, taux de CD4 : 870/mm<sup>3</sup>.



Q1-Peut-on alléger le traitement ?



Q2- Parmi les molécules disponibles, quelles sont les régimes les plus adaptées pour un allègement thérapeutique?



Q3- Comment pouvez-vous assurer le suivi après l'allègement du traitement (observance, effets indésirables, périodicité des visites et des bilan immuno-virologique)?

Merci pour votre attention

TUNISIE

HAMMAMET

du 28 sept.  
au 30 2017

[www.aframed2017.org](http://www.aframed2017.org)

2<sup>e</sup> édition

AFRAMED  
VIH / HÉPATITES

