CAS DE COMPTOIR ‘PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH À L’OFFICINE’

- ✓ARV et vomissements
- ✓ARV et oubli de prise
- ✓ARV en vacances
- ✓ARV, alcool et aliments
- ✓ARV et grossesse
- ✓ARV et traitement anti-acide
- ✓ARV, voyage et décalage horaire
- ✓ARV et asthme
- ✓ARV et automédication
- ✓ARV et patient âgé
- ✓ARV et traitement de substitution aux opiacés (TSO)
- ✓ARV et troubles de l’érection
- ✓ARV et contraception

Elaboré et validé par le groupe Médicament/Pharmaciens SFLS

Version actualisée le 1er novembre 2018

ARV ET VOMISSEMENTS

Halima vous raconte à l'officine…

Lors de sa pause déjeuner, elle a pris son traitement ARV (Eviplera®) ; 20 min plus tard, elle a vomi.

Elle ne savait pas si elle devait reprendre son traitement et a donc appelé son médecin généraliste. Ce dernier ne savait pas quoi lui répondre et lui a conseillé d'appeler le CHU.

Comme sa pause déjeuner était terminée, elle a décidé de ne pas reprendre ses médicaments et de continuer son traitement normalement sans prise supplémentaire.

Qu'en pensez-vous ?

Halima vous raconte à l'officine…

- Peu d'études pharmacocinétiques ; variabilité probable selon les paramètres pharmacologiques de chaque ARV et les données physiologiques du patient.
- **Règle générale**
  - **Vomissement < 1 heure après la prise**
  → Reprendre le traitement
  - **Vomissement > 1 heure après la prise**
  → Ne pas le reprendre

Néanmoins, les RCP (résumé des caractéristiques des produits) et les notices patients, précisent de plus en plus souvent, le délai au-delà duquel il ne faut pas reprendre.

Dans le cas d'Eviplera*, les RCP indiquent de reprendre le traitement, si le vomissement a eu lieu dans les 4h après la prise ; au-delà, il ne faut pas reprendre et attendre l'heure de la prise habituelle. Donc Halima, devrait reprendre un comprimé, puisqu'elle a vomi dans les 20 minutes suivant la prise

ARV ET OUBLI DE PRISE

Tony vous raconte à l'officine…

Il est très occupé par son activité professionnelle et est rarement chez lui.

Il doit prendre son traitement à 8h et 20h.

A 11h, il s'aperçoit qu'il a oublié la prise du matin.

Il décide de ne pas les prendre et de ne prendre que ceux du soir à 20h.

Qu'en pensez-vous ?

- Peu d'études pharmacocinétiques ; les RCP *(résumé des caractéristiques des produits)* et les notices patients, précisent de plus en plus souvent, le délai au-delà duquel, il ne faut pas reprendre.
- **Règle générale:** Pour un traitement en 2 prises par jour , la personne a un délai de 6h pour rattraper la prise.
- Attention à ne pas oublier de prendre un repas ou une collation au moment du rattrapage si le médicament doit être pris au repas.
- En suivant cette règle, on limite les risques de résistance suite à l'oubli de tout ARV. L'idéal étant quand même de se référer à la notice de l'ARV concerné.
- Rappeler également au patient que cette 'marge' de rattrapage doit rester une solution ponctuelle en cas d'oubli. Et qu'il faut respecter un horaire fixe le reste du temps. Sinon risque de développer des résistances.

ARV EN VACANCES

Tom vous raconte à l'officine…

Tom prend le traitement suivant : Truvada® + Viramune®

Il est parti en week-end chez des amis en Normandie.

Il s'est aperçu, arrivé à Honfleur, qu'il avait oublié ses médicaments.

Son ordonnance était bien sûr placée avec les médicaments. Décidé à profiter de son week-end, il s'est dit que son traitement attendrait bien 3 jours.

Qu'en pensez-vous ?

En pratique

Pour éviter ce type de situation, vous pouvez conseiller à la personne de toujours garder une copie de son ordonnance dans son portefeuille, ou même d'en avoir une copie scannée dans son téléphone, par exemple.

Tom vous raconte à l'officine…

- Un arrêt du traitement pendant 3 jours peut entrainer des résistances. D'autant que la névirapine favorise les mutations.

- L'ordonnance peut être récupérée
  - Auprès du service ou de la pharmacie hospitalière du CHU où il est suivi
  - Scan ou fax par son officine habituelle
  - Médecin traitant (si prescription initiale hospitalière « PIH » < 1 an)

- Dispensation des médicaments possible sur le lieu de vacances (en déclarant la perte et en présentant si possible une déclaration officielle de vol)
  - Officine
  - À la pharmacie hospitalière du CHU

ARV, ALCOOL ET ALIMENTS

Guillaume vous raconte à l'officine…

Il hésite à consommer certains aliments ou boissons avec son traitement habituel.

Par exemple, il ne prend jamais son traitement quand il va boire de l'alcool car il est bien connu qu'il ne faut pas prendre de médicaments avec des boissons alcoolisées.

Que pouvez-vous lui répondre ?

En pratique Aucune interdiction sauf millepertuis. mais informer la personne des risques (alcool, pamplemousse…) et lui conseiller de consommer ces produits **avec modération.**

Guillaume vous raconte à l'officine…

- **Interactions boissons ou aliments avec ARV variables selon la pharmacocinétique de l'ARV.**

✓ ***Alcool*** : inhibiteur enzymatique en aigu (↗ ARV si métabolisé par enzymes inhibés) ; inducteur en chronique (↘ ARV si métabolisé par enzymes induits).

✓ ***Pamplemousse*** : inhibiteur CYP 450 3A4 et P-gp intestinales (↗ ARV si métabolisé par 3A4 et/ou Pgp intestinales).

✓ ***Ail*** : inhibiteur CYP 450 (↗ ARV si métabolisé par CYP 450).

✓ Phytothérapie

- ***Millepertuis***: inducteur CYP3A4 (↘ ARV si métabolisé par CYP 450).
- ***Canneberge***: inhibiteur CYP3A4 (↗ ARV si métabolisé par CYP 450).
- ***Echinacée***: inhibiteur CYP (↗ ARV si métabolisé par CYP 450).

ARV ET GROSSESSE

Juliette vous explique à l'officine…

Elle aimerait fonder une famille.

Elle se pose beaucoup de questions par rapport à la grossesse et les médicaments qu'elle prend pour sa maladie.

Que pouvez-vous lui conseiller ?

Juliette vous explique à l'officine…

- Discuter de son désir de grossesse avec le médecin infectiologue hospitalier et le gynécologue avant la conception (cf Rapport Morlat 2015)
  - Traitements validés pendant la grossesse (deux molécules ARV sont contre indiquées durant la grossesse: Efavirenz et Dolutégravir).
  - Conception/Transmission
  - Observance
  - Accouchement/Allaitement
  - Suivi et traitement de l'enfant

ARV ET TRAITEMENTS ANTI-ACIDES

Jeanne vous raconte à l'officine…

Elle prend : Reyataz® + Norvir® + Truvada® depuis 3 semaines.

A cause de ce traitement, Jeanne souffre parfois de diarrhées et de maux d'estomac.

Dans ce cas, elle prend Smecta®, Gaviscon® ou parfois d'autres médicaments en fonction de ce qu'elle a dans son armoire à pharmacie.

Elle voit aujourd'hui une publicité pour Mopralpro® et vous demande un conseil.

Que pouvez-vous lui répondre ?

En pratique

Mopral Pro peut être pris mais en espaçant de 12h entre l'IPP et l'ATV/r.

Idem pour Gaviscon en espaçant de 2 heures.

Smecta déconseillé.

Jeanne vous raconte à l'officine…

Message-clé : tout symptôme perçu comme gênant/invalidant → contacter son médecin → Maladie ? Traitement ?

ATV et anti-acides :

- Argiles, charbon → **contre indiqués** (adsorption)
- Al, Mg, Ca → décaler > 2h
- IPP → déconseillé ou 12h avant ATV/r
- Anti H2 → déconseillé ou 12h avant ATV/r

En cas de gaz et ballonnements: revoir l'alimentation, possibilité de prendre des antispasmodiques.

Rappel: Interactions antirétroviraux et anti-acides

Antiacides	IP/r	INNTI	INI	INTI/ IE
Anti-H2 (cimétidine, ranitidine, famotidine…) *Modifie solubilité ARV*	**Atazanavir/r** diminué: **décaler** la prise d'anti H2 au moins **10h avant** ATV/r	**Rilpivirine** diminuée **décaler** la prise d'antiH2 **2h avant ou 4h après** RPV	Pas d'interaction	Pas d'interaction
IPP (oméprazole, pantoprazole…) *Modifie solubilité ARV*	**Atazanavir/r** diminué: **décaler** la prise d'IPP **12h avant** ATV/r	**Rilpivirine diminuée**: **ne pas associer**	Pas d'interaction (Raltégravir augmenté mais pas de conséquence clinique)	Pas d'interaction
Antiacides Topiques (Al, Mg, Ca)	**Diminution de l'absorption, quel que soit l'ARV → Décaler d'au moins 2h** Dolutégravir : décaler la prise d'antiacides 6 h avant ou 2 heures après le DTG. Elvitégravir: décaler la prise d'antiacides 4 h avant ou après l'EVG. **Raltégravir: association déconseillée.**			
Argiles et Charbon (et Kaolin)	**Diminution de l'absorption, quel que soit l'ARV** **→ ne pas associer**			

ARV, VOYAGE ET DÉCALAGE HORAIRE

Yindee vous demande conseil…

Yindee envisage de retourner en Thaïlande pour 6 mois. Elle prend son traitement une fois par jour.

Elle partira en avion et se demande comment s'organiser pour transporter ses médicaments : soute ou bagage à main ? Quantité de médicaments ? Elle se demande aussi si elle doit prévoir des documents particuliers etc.

Que pouvez-vous lui dire ?

Ordonnance

Pour une durée allant de 1 à 6 mois, le médecin peut préciser "A dispenser en une fois, pour départ à l'étranger". Le patient doit demander un accord préalable à la Sécurité sociale pour récupérer plus d'1 mois de traitement en une fois. Dans ce cas, la Sécurité sociale rembourse l'ensemble de ce qui a été dispensé en une fois.

Attention Ces modalités varient d'un département à l'autre. Il est préférable de vous renseigner auprès de la caisse d'assurance maladie de votre département pour en connaître les détails.

Mieux vaut une prescription en DCI.

Pour certains pays, il peut être utile que la prescription soit traduite en anglais.

Quantité de médicaments légèrement supérieure à la durée du voyage. Une option possible est de venir chercher ses ARV avec une semaine d'avance (soit 3 semaines après la dernière dispensation) pour avoir 1 semaine de traitement 'de sécurité' (anticiper là aussi).

Transport de l'ordonnance : en bagage à main (et garder une copie scannée dans votre téléphone).

Transport des médicaments: bagage à main de préférence (ou soute selon les restrictions d'entrée dans le pays mais risqué si le bagage est perdu). Garder assez d'ARV en bagage à mains au cas où le bagage en soute serait retardé.

Attention aux **restrictions d'entrée** des personnes vivant avec le VIH dans certains pays → se renseigner avant départ (site www.hivtravel.org).
Règles spécifiques à chaque pays sur le site du Ministère des affaires étrangères (rubrique Santé): selon nature et quantité de médicaments → autorisés ou non.

- Décalage horaire
  - Durant le voyage, continuer à prendre les médicaments selon les horaires du pays de départ.
  - Une fois arrivé à destination, se caler sur l'heure locale **dès la prochaine prise**, en veillant à respecter un certain intervalle de temps avec la dernière prise :
  - **Si 1 prise / jour :** 6 heures minimum, 24h maximum
  - **Si 2 prises / jour :** 6 heures minimum, 12h maximum
  - Ces règles permettent de se recaler rapidement, en 1 ou 2 prises.

- Liens vers sites conseils voyage et VIH

http://www.aids-sida-discriminations.fr/Preparer-son-voyage_a81.html

http://www.catie.ca/fr/feuillets-info/vivre-vih/faq-traitements-vih-les-voyages

www.hivtravel.org (en anglais)

Doc en français:

http://www.hivtravel.org/Web/WebContentEATG/File/Quick%20Ref/2010-2011%20Quick%20Reference%20French.pdf

ARV ET ASTHME

Fanny vient chercher son traitement à l'officine pour la première fois…

Ordonnance hospitalière, infectiologue, durée : 3 mois.

Prezista® 800 : 1 cp / jour au milieu du repas

Norvir® 100 : 1 cp / jour au milieu du repas

Truvada® : 1 cp / jour au milieu du repas

Information DP : Ventoline® + Seretide® 500/50

Qu'en pensez-vous ?

Fanny vient chercher son traitement à l'officine pour la première fois…

- Plan de prise : les 3 cp, toutes les 24h, repas
- Observance : compréhension des enjeux
- Effets indésirables, conduite à tenir
- Oublis/vomissements/voyage
- Pilulier, si imprévus
- Le médecin est-il au courant de son traitement contre l'asthme ?
  - Risque hypercorticisme : ritonavir/fluticasone (risque surdose en corticoïde) → **préférer béclométasone**

Rappel: Avec les Corticoïdes inhalés

- **Béclométasone** (*bécotide®*) seul autorisé

Eviter

Budésonide

Fluticasone (*Avamys®, Flixotide® …)*

Une augmentation de l'exposition systémique ou de leurs concentrations systémiques peut être observée si associés aux IP boostés (risque de survenue d'effets indésirables d'une corticothérapie avec syndrome de Cushing et insuffisance surrénalienne à l'arrêt)

ARV ET AUTOMEDICATION

Véronique, 55 ans, vous raconte à l'officine…

En raison de douleurs de dos devenues invalidantes, elle recherche un antalgique efficace.

Sa voisine lui a conseillé de prendre de l'ibuprofène ou de l'aspirine.

Son médecin ne lui en a jamais prescrit et elle croit se rappeler que certains traitements ne font pas bon ménage avec son traitement habituel par Truvada®, Prezista® Norvir® et Lasilix® qu'elle prend pour des œdèmes liés à une insuffisance cardiaque.

Que lui conseillez-vous ?

Prendre le temps de discuter avec Véronique sur l'origine de ce mal de dos en l'interrogeant sur les causes possibles et le degré d'urgence en l'interrogeant sur l'intensité de la douleur. Ses réponses vous aident à cibler le traitement sur la douleur (traitement antalgique) et/ou l'inflammation (traitement AINS).

L'aspirine est déconseillée comme antalgique/anti-inflammatoire car irritante pour l'estomac et pas plus efficace que le paracétamol ou l'ibuprofène.

L'ibuprofène est déconseillé également car la prise d'AINS est contre-indiquée chez cette patiente. Il existe un risque de toxicité rénale en associant le ténofovir, l'atazanavir le ritonavir, et un AINS, d'autant que la patiente est traitée également par diurétique.

→Lui proposer de prendre du paracétamol 1g jusqu'à 3 par jour et de consulter son médecin si la douleur persiste.

ARV ET PATIENT ÂGÉ

La fille d'Henriette, 71 ans, vous raconte à l'officine…

Cette patiente est traitée depuis plusieurs années par Kivexa®, Reyataz®, Norvir®, Previscan® et Metformine®.

Suite à la découverte de troubles du métabolisme osseux, Actonel® et Calcidose® ont été introduits ainsi que Seroplex® devant un syndrome dépressif.

Elle vous confie que sa mère est un peu perdue devant ces nouveaux médicaments, qu'elle a peur de se tromper et semble moins motivée en ce moment pour prendre son traitement. C'est d'ailleurs pour cela que sa fille vient elle-même à la pharmacie.

Que pouvez-vous lui proposer ?

S'assurer de la surveillance de l'INR (possible interaction) et de la prise du calcium à distance des traitements

Possibilité de lui remettre un plan de prise pour éclaircir l'ordonnance.

Possibilité de lui fournir un pilulier à faire préparer par sa fille ou par la pharmacie ou par une IDE afin d'éviter toute erreur.

Possibilité de réévaluer avec le médecin le besoin éventuel d'un passage infirmier pour la prise des médicaments.

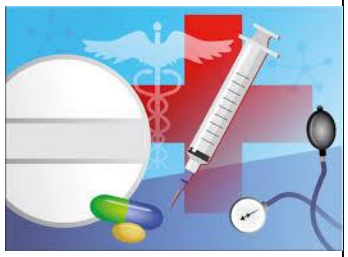
Certaines formes galéniques peuvent également être adaptées (exemple: forme buvable si la personne a du mal à avaler gélules ou comprimés). Utile d'interroger sur les difficultés à avaler et de se renseigner sur les formes buvables disponibles si nécessaire (*néanmoins dans le cas présent, les formes buvables ARV n'existent que pour RTV qui n'a pas bon goût et qui présente un risque d'erreur de mesure dans la dose donc pas idéal).*

ARV
ET TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS

Alain, 40 ans, est habitué à venir chercher son traitement ARV et sa méthadone à l'officine.

Il arrive avec son ordonnance d'ARV, vous remarquez que le traitement vient de changer.

Que faites vous?



- Proposer à Alain de s'isoler pour discuter de ce changement. Expliquer à Alain que vous souhaitez vérifier si ce nouveau traitement ARV impactera ou pas sur la dose de méthadone à lui donner. Ceci pour lui éviter une surdose ou un manque.
  - Si la dose de méthadone était majorée à cause du traitement ARV précédent (dose augmentée sous IP par exemple) → contrôler la dose de méthadone proposée avec le nouveau traitement ARV pour **éviter une surdose de méthadone**.
  - Si la dose de méthadone n'était pas ajustée pour le traitement précédent → vérifier que le nouveau traitement ARV n'entraine pas une baisse de la concentration en méthadone pour **éviter un syndrome de manque.**

- Si besoin d'ajuster la dose de méthadone, demander à Alain si c'est prévu et voir avec les médecins (pour le suivi VIH et pour le suivi du TSO) directement pour qu'ils fassent un ajustement.

Pour en savoir plus sur ARV et TSO:

Tables d'interactions ARV – TSO: http://www.hiv-druginteractions.org/

Guide de l'addictologie en officine: http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2015/08/Guide-addictologie.pdf

Attention: risque d'interactions pharmacologiques entre ARV et drogues ou produits de substitution (méthadone, buprénorphine).

Médicaments	Voies métaboliques principales	Effet des antiviraux sur les médicaments associés
paracétamol	UGT principale	Peu probable et sans conséquence clinique
tramadol	CYP2D6 (principale-> métabolite actif), CYP2B6, CYP3A	Données limitées. ↗ possible si association aux inhibiteurs du CYP3A4
codéine	CYP2D6 (->morphine), CYP3A4, UGT	↗ si association aux inhibiteurs du CYP3A4
oxycodone	CYP3A4 (principale), CYP2D6	↗ si association aux inhibiteurs du CYP3A4
morphine	UGT	↘ avec INNTI inducteurs, peu de conséquences cliniques (titration)
fentanyl	CYP3A (principale)	↗ si association aux inhibiteurs du CYP3A4
cannabis	CYP2C9, CYP2C19, CYP3A4	↗ si association aux inhibiteurs du CYP3A4
cocaïne	Non CYP, CYP3A4 (mineure)	Peu probable
amphétamine	Inconnue (possiblement CYP2C)	Inconnu mais peu probable
kétamine	CYP3A, CYP2B6, CYP2C9	↗ si association aux inhibiteurs du CYP3A4
méthadone	CYP2B6, CYP3A4 (mineure)	↘ avec IP/r (-50 % LPV/r, moindre pour autres IP/r) et INNTI (-40-50 % EFV et NVP, -10 % ETV). ↘ avec rilpivirine chez certains patients Risque de syndrome de manque Cobicistat sans effet (pas d'effet inducteur enzymatique)
buprénorphine (B)	CYP3A mais norbuprénorphine (N) métabolite actif	↘ avec INNTI (-50 % B et -70 % N avec EFV et NVP). Risque de syndrome de manque ↗ si association aux inhibiteurs du CYP3A4 (x2 pour IP/r sauf +10 % LPV/r +30% EVG/c). ↗ toxicité

- **Inducteurs enzymatiques** (efavirenz, névirapine) exposent au risque de sous-dosage des morphiniques et nécessitent → **majorer les doses de morphiniques selon la clinique.**

Inhibiteurs enzymatiques (ritonavir, cobicistat, inhibiteurs de protéase) exposent à un risque de surdosage de certains produits (notamment l'ecstasy et l'acide gamma-hydroxybutyrique [GHB] et certaines benzodiazépines) → **diminuer les doses de morphiniques selon la clinique**

Source: Rapport Morlat 2018

ARV ET CONTRACEPTION ORALE

- Hélène, 28 ans, qui vient régulièrement chercher ses ARV chez vous, vous interroge sur la compatibilité entre son traitement ARV et une contraception orale.

Que lui expliquez vous?

ARV	Effet des ARVs sur les associations œstroprogestatives	Recommandations
Inhibiteurs de protéase associés au ritonavir (RTV)		
atazanavir/ritonavir	éthinylestradiol AUC ↓ 19 % norgestimate AUC ↑ 85 %	Les œstroprogestatifs doivent contenir au moins 35 mcg EE
darunavir/ritonavir	éthinylestradiol AUC↓ 44 % norethindrone AUC ↓ 14 %	Utiliser une autre méthode ou une méthode supplémentaire
lopinavir/ritonavir	éthinylestradiol AUC ↓42 % norethindrone AUC ↓17 %	Utiliser une autre méthode ou une méthode supplémentaire
Inhibiteurs de protéase sans ritonavir		
atazanavir	éthinylestradiol AUC ↑ 48 % norethindrone AUC↑ 110 %	Les œstroprogestatifs ne doivent pas contenir plus de 30 mcg EE
Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse		
efavirenz	éthinylestradiol ↔ levonorgestrel AUC ↓ 83 % norelgestromin AUC ↓ 64 %	Utiliser une autre méthode ou une méthode supplémentaire
névirapine	éthinylestradiol AUC ↓ 20 % norethindrone AUC ↓ 19 %	Utiliser une autre méthode ou une méthode supplémentaire
étravirine	éthinylestradiol AUC ↑ 22 % norethindrone ↔	Pas d'ajustement de dosage nécessaire
rilpivirine	éthinylestradiol AUC ↑ 14 % norethindrone ↔	Pas d'ajustement de dosage nécessaire
Inhibiteur d'intégrase		
raltégravir	Pas d'effet clinique significatif	Pas d'ajustement de dosage nécessaire
Inhibiteur d'entrée (anti-CCR5)		
maraviroc	Pas d'effet clinique significatif	Pas d'ajustement de dosage nécessaire
Inhibiteurs nucléosidiques et nucléotidiques de la transcriptase inverse et inhibiteur de fusion		
Tous	Pas d'effet clinique significatif	Pas d'ajustement de dosage nécessaire

Source : Morlat 2013

- La rassurer sur le fait que contraception orale et ARV sont compatibles. Des interactions peuvent diminuer l'effet contraceptif (avec certains IP et INNRT), il faut donc adapter le choix du contraceptif au traitement ARV ou bien modifier les ARV pour éviter les interactions (cf. diaporama théorique SFLS diapo n°70).

- La sensibiliser sur les différents risques de transmissions d'IST → maintien du préservatif si pas de partenaire régulier

→l'encourager à faire le point avec son infectiologue et son gynécologue (penser aussi aux centres planning familial si elle n'a pas de gynéco). Ne pas hésiter à l'aider pour cette prise de contact si elle semble gênée.

	ARV	Risque = ↘ effet contraceptif par induction enzymatique des ARV (sous dosage en éthinylestradiol EE / lévonorgestrel)	Recommandations
IP	Atazanavir/r	Concentration éthinylestradiol ↘ 19%	Au moins 35 µg EE
	Darunavir/r	Concentration éthinylestradiol ↘ 44%	2 méthodes ou changer
	Lopinavir/r	Concentration éthinylestradiol ↘ 42%	2 méthodes ou changer
INNTI	Efavirenz	EE inchangé ; lévonorgestrel ↘	2 méthodes ou changer
	Névirapine	Concentration éthinylestradiol ↘ 20%	2 méthodes ou changer
	Etravirine	Concentration éthinylestradiol ↗ 22%	Pas d'ajustement
	Rilpivirine	Concentration éthinylestradiol ↗ 14%	Pas d'ajustement
INI	Raltégravir	Pas d'effet significatif	Pas d'ajustement
IE	Maraviroc	Pas d'effet significatif	Pas d'ajustement

Extrait du diaporama théorique sur la dispensation des ARV à l'officine (diapo 70, lien http://sfls.aei.fr/Commission-pharmaciens-medicaments

ARV ET CONTRACEPTION D'URGENCE

Une jeune femme de 24 ans se présente pour la pilule du lendemain, elle vous précise qu'elle prend par ailleurs un traitement ARV.

Que faites-vous?

- L'interroger sur la composition de son traitement ARV avant la dispensation et vérifier qu'il n'interfère pas avec la contraception d'urgence.
- S'il y a un risque d'interactions la dose de Norlevo peut-être augmentée (diminution de l'effet contraceptif si le traitement ARV contient EFV ou NVP ou certains IP inducteurs enzymatiques, cf. recommandations Morlat ci-dessous).
- Ne pas hésiter à appeler l'infectiologue ou le gynécologue qui suit habituellement cette jeune femme.
- Sensibiliser la patiente sur les risques d'IST (partenaires "irréguliers") et risque de transmission du VIH si la charge virale de la patiente n'est pas indétectable → préservatif.

La contraception d'urgence

L'efficacité de la contraception d'urgence par levonorgestrel (Norlevo® ou générique) est diminuée en cas de prise simultanée d'efavirenz ou de névirapine. Pour conserver une même efficacité, on peut doubler la dose de Levonorgestrel en donnant deux comprimés à 1,5 mg. L'efficacité de l'ulipristal (Ellaone®) est également diminuée en cas de prise de médicaments inducteurs enzymatiques. Il ne faut pas oublier le DIU, la plus efficace des méthodes de contraception d'urgence, qui conserve toute son efficacité malgré l'infection par le VIH, jusqu'à 5 jours après le rapport sexuel.

Source : Morlat 2013

En savoir plus: INNTI et contraceptifs

INNTI	Efavirenz et pilule oestroprogestative	**lévonorgestrel ↘↘ 60-80%** **Risque d'échec de la contraception.**	**2 méthodes ou changer**
	Efavirenz et pilule du lendemain (Norlevo)	**lévonorgestrel ↘↘ 60-80%** **Risque d'échec de la contraception d'urgence.**	**Pilule du lendemain (Norlevo): doubler la dose.**
	Efavirenz et implant progestatif	**étonorgestrel ↘↘ 70% ; lévonorgestrel ↘↘ 57% Risque d'échec** (15% de grossesses non désirées dans les essais)	**2 méthodes ou changer**
	Névirapine et pilule oestroprogestative	éthinylestradiol ↘ 50%. étonorgestrel ↘ 20%. **Effet contraceptif suffisant.**	**Pas ajustement nécessaire**
	Névirapine et pilule du lendemain (Norlevo)	Peu de données mais on sait que la NVP joue un rôle d'inducteur enzymatique sur les progestatifs par voie orale. **Risque d'échec de la contraception d'urgence.**	**Pilule du lendemain (Norlevo): doubler la dose.**
	Névirapine et implant progestatif	lévonorgestrel ↗ 30%. **Effet contraceptif suffisant.**	**Pas d'ajustement mais surveiller tolérance contraception.**
	Etravirine et pilule oestroprogestative	éthinylestradiol ↗ 22%. **Effet contraceptif suffisant.**	**Pas d'ajustement mais surveiller tolérance contraception**
	Rilpivirine et pilule oestroprogestative	éthinylestradiol ↗ 14%. **Effet contraceptif suffisant.**	**Pas d'ajustement nécessaire**

Sources:

Rapport Morlat 2018

'*Drug-drug interactions, effectiveness, and safety of hormonal contraceptives in women living with HIV*'.

Scarsi et al. Drug Saf. Août 2016.

En savoir plus: IP, INI et INTI et contraceptifs

IP	Atazanavir/r et pilule oestroprogestative	éthinylestradiol ↘ 19%; lévonorgestrel ↗. **Effet contraceptif suffisant.**	**Au moins 35 µg EE (pour éviter saignements).**
IP	Darunavir/r et pilule oestroprogestative	éthinylestradiol ↘ 40% ; noréthindrone ↘ 14%. . **Effet contraceptif suffisant.**	**Pilule fortement dosée en EE.**
IP	Lopinavir/r et pilule oestroprogestative	éthinylestradiol ↘ 40%. **Effet contraceptif suffisant.**	**Pilule fortement dosée en EE.**
IP	Lopinavir/r et implant progestatif	étonorgestrel ↗ 50%. **Effet contraceptif suffisant.**	**Pas d'ajustement mais surveiller tolérance contraception**
INI	Raltégravir, Dolutégravir et pilule oestroprogestative	Pas d'effet significatif. **Effet contraceptif suffisant.**	**Pas d'ajustement nécessaire**
INI	Elvitégravir/c et pilule oestroprogestative	éthinylestradiol ↘ 19%; norgestimate ↗ Les interactions avec des progestatifs autres que le norgestimate n'ont pas été étudiées.	**Prudence car peu de données. Au moins 30 µg EE + norgestimate comme progestatif ou 2 méthodes. Surveiller tolérance contraception**
INTI	Lamivudine, Abacavir, Ténofovir… et pilule oestroprogestative	Pas d'effet significatif. **Effet contraceptif suffisant.**	**Pas d'ajustement nécessaire**

Sources:
Rapport Morlat 2018
'*Drug-drug interactions, effectiveness, and safety of hormonal contraceptives in women living with HIV*'.
Scarsi et al. Drug Saf. Août 2016.

ARV ET TROUBLES DE L’ERECTION

Jean, vous demande s'il existe des produits naturels ne nécessitant pas d'ordonnance pour l'aider à maintenir son érection. Il a vu des produits au Ginseng, au gingembre et il aimerait savoir si cela fonctionne.

Que faites vous?

- Mettre Jean à l'aise sur ce sujet ; lui proposer de se mettre à l'écart pour en discuter s'il vous semble gêné au comptoir. L'appréhension liée à la vie avec le VIH, la peur de n'être pas à la hauteur... peuvent entraîner des dysfonctionnements érectiles. La première des choses est de l'inviter à en parler à son médecin, infectiologue et/ou traitant, afin d'établir la cause ; s'il s'agit de différentes craintes liées au VIH, le médecin pourra l'orienter avec l'équipe d'ETP et/ou une psychologue et/ou un sexologue.

- Préciser à Jean, qu'il existe quelques traitements, qui peuvent être prescrits, une fois que la cause est identifiée.

- Les traitements 'naturels' peuvent aider mais sans efficacité immédiate ni certaine. Et attention aux interactions avec le traitement ARV.

- Expliquer qu'il existe des traitements médicamenteux (IPDE5) qui fonctionnent bien mais qui doivent être prescrits par le médecin et adaptés à chacun:

- risques cardiovasculaires de cette classe ;

- il faut tenir compte des interactions avec les autres traitements: Traitement ARV (par exemple si RTV ou cobicistat, Viagra= sildénafil est contre indiqué) / Autres médicaments, par exemple les vasodilatateurs ainsi que certaines substances récréatives (poppers).

En savoir plus: ARV et inhibiteurs phosphodiestérase 5 (PDE5)

		Recommandations	
IPDE5	**Effets en présence de RTV ou cobicistat**	**HTAP**	**Dysfonction érectile**
Sildénafil *Viagra ®* *Revatio ®*	Concentration sildénafil ↗ x 11	**Contre-indiqué**	< 25 mg toutes les 48h
Tadalafil *Cialis ®* *Adcirca ®*	Concentration tadalafil ↗ x 2	20mg ; max 40mg	Dosage progressif: Début 5mg ; max 10mg/72h
Vardénafil *Levitra ®*	Concentration vardénafil ↗ x 49	**Contre-indiqué**	Contre indiqué si > 75 ans ; déconseillé < 2,5mg/72h

→Inciter Jean à en parler à son infectiologue et à faire un bilan cardiovasculaire complet.

→ Si Jean ne se sent pas à l'aise pour cela, ne pas hésiter à appeler son médecin ou les médecins avec qui vous êtes en lien pour l'accompagner (importance du réseau et fiche contacts!).

Auteurs

- Anne ARMAND (Pharmacien, Metz/Lyon)
- Laure-Anne ARNOUX (Pharmacien, CHU Nancy)
- Philippe ARSAC (Médecin, institut Fournier, Paris)
- Eric BILLAUD (Médecin, CHU Nantes)
- Emmanuelle BOSCHETTI (Pharmacien, CHU Nancy)
- Laurence BOYER (Médecin, CHU Nancy)
- Agnès CERTAIN (Pharmacien, CHU Bichat, Paris)
- Didier CHEDORGE (Pharmacien officinal, Lyon)
- Louis DO (Pharmacien officinal, Seine et Marne)
- Christine JACOMET (Médecin, CHU Clermont-Ferrand)
- Julie LANGLOIS (Pharmacien consultante, Paris)
- Bruno LAURANDIN (Pharmacien officinal, Suresnes)
- René MAAREK (Pharmacien officinal, Montreuil)
- Patrice MURET (Médecin pharmacologue, CHU Besançon)
- Alexandra MUZARD (Pharmacien, CHU Caen)
- Sylvia PUGLIESE-WEHRLEN (Pharmacien, CHU Nice)
- Hervé TROUT (Pharmacien, CHU Lariboisière, Paris)
- David ZUCMAN (Médecin, Hôpital Foch, Suresnes)

Remerciements

- **Groupe Médicament-Pharmaciens SFLS** :
  http://www.sfls.aei.fr/Commission-pharmaciens-medicaments
  - Présidents : Eric BILLAUD et Agnès CERTAIN,
  - Secrétaire : Julie LANGLOIS,
- Et ALBRECHT Jean Felix, ALESSANDRIN Arnaud, ARMAND Anne, ARNOUX Laure-Anne, ARSAC Philippe, AUFFRAY Emilie, BOUTTAZ Pierre, BOYER Laurence, CHEDORGE Didier, DO Louis, FABIEN Joëlle, GAUTHERET-DEJEAN Agnès, GUILLERMOU Alain, HUYGHE Oliver, JACOMET Christine, LAURANDIN Bruno, MAAREK René, MURET Patrice, MUZARD Alexandra, PINEAU-SECHER Solène, PUGLIESE-WEHRLEN Sylvia, RAYMOND Isabelle, SEBBAN Laurence, SMATI Julie, TOKOLO Marie-Hélène, TROUT Hervé, ZUCMAN David

- **Ordre des Pharmaciens / Cespharm**
- **Ma Formation Officinale**
- **Actions Traitements**
- **Direction Générale de la Santé**
- **Haute Autorité de Santé**