

Information sur la prise prophylactique de Truvada[®] en proctologie

Prophylactic use of Truvada[®] and the role of the proctologist

Elsa Lambrescak⁽¹⁾, Philippe Mariot⁽²⁾, Saliha Ysmail Dahlouk⁽¹⁾, Nabila Rabahi⁽¹⁾, Anne-Carole Lesage⁽¹⁾, Josée Bourguignon⁽¹⁾, Milad Taouk⁽¹⁾, Jean-David Zeitoun⁽¹⁾, Patrick Atienza⁽¹⁾, Isabelle Etienney⁽¹⁾

¹ Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint Simon (site Avron), Service de proctologie médico-interventionnelle, 125 rue d'Avron 75020 Paris, France

² Hôpital Tenon. Service des maladies infectieuses et tropicales, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

e-mail : <ELambrescak@hopital-dcss.org>

Résumé

La prise de médicament antirétroviral pour le VIH, à la demande, dans un but prophylactique (PrEP), a obtenu une autorisation de Mise sur le Marché en France depuis mars 2017. La grande majorité des bénéficiaires sont homosexuels masculins. Outre la présentation de ces patients sous PrEP aux urgences proctologiques, des consultations proctologiques programmées sont très souvent proposées par les médecins infectiologues. Il n'existe actuellement pas de recommandation concernant le contenu de ces consultations. Cette mini-revue tente d'éclairer ces nouvelles pratiques, avec un partage de notre expérience en se basant sur l'épidémiologie des lésions à Papilloma Virus Humain (HPV). Les éléments-clés, auprès de ces patients, sont : l'information sur la contamination HPV et les autres infections sexuellement transmissibles (IST), un examen clinique soigneux, le traitement des lésions observées et leur surveillance. De nombreuses questions se posent concernant l'indication à un vaccin anti-HPV chez ces patients, la possibilité d'une augmentation des résistances des autres IST et le rythme du suivi à leur proposer.

■ **Mots clés** : Truvada[®], VIH, papilloma virus humain, prophylaxie

Abstract

The use of antiretroviral drugs for HIV, on demand, for prophylaxis, has been approved for marketing in France since March 2017. The vast majority of beneficiaries are homosexual men. In addition to the presentation of these patients under Prep to proctologic emergencies, programmed proctological consultations are very often proposed by infectious physicians. There are currently no recommendations regarding the content of these consultations. This mini-review attempts to shed light on these new practices, with a sharing of our experience based on the epidemiology of human Papilloma Virus (HPV) lesions. The key elements for these patients are: information on HPV contamination and other sexually transmitted infections (STIs), a careful clinical examination, the treatment of observed lesions and their monitoring. Many questions arise regarding the indication for an HPV vaccine in these patients, the possibility of an increase in the resistance of other STIs and the pace of follow-up to offer them.

■ **Key words**: Truvada[®], HIV, human papilloma virus, prophylaxis

**HEPATO-GASTRO
et Oncologie digestive**

Tirés à part : E. Lambrescak

Pour citer cet article : Lambrescak E, Mariot P, Dahlouk SY, Rabahi N, Lesage AC, Bourguignon J, Taouk M, Zeitoun JD, Atienza P, Etienney I. Information sur la prise prophylactique de Truvada[®] en proctologie. *Hépatogastro* 2018 ; 25 : 665-672. doi : 10.1684/hpg.2018.1643

Qu'est-ce que la prise de médicament antirétroviral pour le VIH, à la demande, dans un but prophylactique ?

La PrEP (*Pre-Exposure Prophylaxis*) a pour objectif de diminuer le risque de contracter le VIH. Cette prophylaxie pré-exposition consiste en plusieurs schémas dont la prise d'un comprimé par jour de Truvada® avant des rapports sexuels à risque de contamination. Le Truvada® est l'association de deux antirétroviraux, le ténofovir et l'emtricitabine. En France, la PrEP est proposée depuis 2015. Prescrite dans des centres médicaux spécialisés par des médecins infectiologues, elle est remboursée via une recommandation temporaire d'utilisation depuis janvier 2016, et a obtenu une autorisation de mise sur le marché en mars 2017.

“ La prise prophylactique de Truvada® a l'autorisation de mise sur le marché depuis mars 2017 ”

Peut y accéder toute personne n'utilisant pas systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels et à haut risque de contracter le VIH. L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) recommande depuis 2016 l'utilisation de la PrEP pour les homosexuels masculins (HSH) non infectés par le VIH :

- rapportant des relations anales non protégées avec au moins deux partenaires sur une période de six mois ;
- ou ayant présenté plusieurs épisodes d'infections sexuellement transmissibles (IST) (syphilis, infections à *Chlamydia*, gonococcies ou primo-infection par les virus des hépatites B ou C) dans l'année ;
- ou ayant eu plusieurs recours à une prophylaxie antirétrovirale post-exposition dans l'année ;
- ou ayant l'habitude de consommer des substances psychoactives lors des rapports sexuels.

Le groupe d'experts de l'ANSM recommande que les personnes transgenres, ayant des relations sexuelles non protégées, bénéficient de la prescription de PrEP selon les mêmes indications. Elle peut aussi être proposée, au cas par cas, aux usagers de drogues intraveineuses avec partage de seringue, aux personnes se prostituant exposées à des rapports sexuels non protégés et toute personne en situation de vulnérabilité exposée à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission du VIH.

Données épidémiologiques justifiant son utilisation

Actuellement, en France, environ 150 000 personnes sont contaminées par le VIH. Quatre-vingt-cinq pour

cent d'entre elles sont diagnostiqués et plus de 90 % sont traités. Depuis 2007, l'incidence du VIH est d'environ 6 000 nouveaux diagnostics par an [1].

Il existe de nombreuses molécules pour le traitement du VIH, et la mise en place d'un traitement bien conduit permet de diminuer le risque de transmission et l'apparition de nouveaux cas de 96 % [2]. Ces avancées thérapeutiques ont permis un meilleur contrôle de l'épidémie avec une baisse régulière de l'incidence du VIH jusqu'aux années 2000. Depuis, le taux de 6 000 nouveaux cas par an reste stable. Parmi eux, 43 % sont des HSH, 23 % des femmes hétérosexuelles nées à l'étranger, 15 % des hommes hétérosexuels nés à l'étranger et 9 % des hommes hétérosexuels français et 8 % des femmes hétérosexuelles françaises. Ces données de santé publique française au 1^{er} décembre 2016 rapportent également une diminution marquée de l'incidence du VIH dans toutes ces populations depuis plus de 10 ans, excepté pour la population HSH où le taux reste stable.

Par analogie avec la prophylaxie anti-palustre, un traitement préventif pour les personnes séronégatives à haut risque de contamination a été envisagé. Plusieurs études cliniques ont été menées depuis 2010, dont des essais randomisés en double aveugle comparant une prise de Truvada® au placebo [3, 4] qui concluaient à une efficacité significative de la prise d'antirétroviral en termes de prévention de la contamination par le VIH. Fort de ces résultats, l'essai IPERGAY [5] a comparé la prise de Truvada® « à la demande » en France et au Québec. Après 9,6 mois de suivi médian, parmi les 400 HSH séronégatifs inclus, 16 patients dont 14 dans le groupe placebo étaient infectés par le VIH montrant ainsi 86 % de réduction du risque de contamination avec la prise de Truvada® à la demande (95 % CI : 40-98, p = 0,002). D'autres études ont été menées, avec une confirmation d'efficacité supérieure à 78 % [6-8]. En France, après 1 an de traitement soit en continu soit à la demande, de janvier 2016 à février 2017, seules 4 séroconversions étaient observées sur 1 435 patients suivis [9].

“ La prise de médicament antirétroviral prophylactique prévient efficacement l'infection par le VIH ”

Concernant le rapport coût-efficacité, les quelques études disponibles sont majoritairement américaines ou australiennes. Elles sont en faveur d'un bénéfice de la PrEP, en particulier chez les patients HSH, malgré son coût initialement élevé (520 € pour 30 comprimés par le laboratoire américain Gilead ramené à 374 €). L'apparition de médicaments génériques permet aujourd'hui de réduire encore le prix de cette prévention (139 euros la boîte du générique) [10, 11].

La problématique spécifique à la France et son système de santé, qui jusqu'alors hormis les vaccins, ne prenait en charge que la thérapeutique a néanmoins permis son remboursement par la sécurité sociale depuis janvier 2016 dans une période d'économies importantes sur le chapitre médicamenteux, posant, en filigrane, le problème de la gratuité du préservatif utilisé dans un but prophylactique.

Mise en pratique

La PrEP est prescrite par un médecin spécialiste de l'infection à VIH soit au sein d'un service hospitalier spécialisé dans la prise en charge des patients séropositifs pour le VIH, soit dans un CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections). Le schéma de prise proposé est : deux comprimés pris entre 24 h et 2 h précédant l'acte sexuel, puis un comprimé 24 h et un autre 48 h après la première prise. Tant que la période d'activité sexuelle se poursuit, la prise toutes les 24 h doit être envisagée. Lorsque cette période se termine, il est important de ne pas oublier les prises 24 h et 48 h après celle précédant le dernier rapport sexuel.

Le point de vue de l'infectiologue

L'arrivée des traitements hautement actifs (HAART) a marqué une première révolution dans la prise en charge des patients vivants avec le VIH (PVVIH) permettant de faire passer une maladie systématiquement mortelle à une maladie chronique. Ces traitements, par leur effet, diminuent la quantité du virus circulant dans le sang et dans le sperme jusqu'à le rendre indétectable. Le risque pour une personne séropositive de transmettre le VIH à une personne séronégative est alors considéré comme nul : « Une personne séropositive ne souffrant d'aucune autre maladie sexuellement transmissible et qui suit un traitement antirétroviral efficace ne transmet pas le virus par le biais de contacts sexuels ». Telle est, en janvier 2008, l'affirmation de la commission fédérale suisse pour les questions liées au sida sur la base de la publication de Quinn *et al.* [12]. Les travaux avaient constaté l'absence de cas de transmission lorsque la virémie était en dessous du seuil de 400 copies/mL dans un collectif de couples hétérosexuels séro-différents (un partenaire séropositif et un partenaire séronégatif) et avaient également démontré que le risque de transmission était proportionnel à la charge virale plasmatique. Cette déclaration, rapidement connue mondialement sous le nom de « *Swiss Statement* » [13], provoque initialement une vague d'opposition internationale alimentée par la crainte qu'elle sabote

les stratégies de prévention. Elle a au contraire pour mérite d'avoir encouragé des recherches pour des nouvelles méthodes de prévention avec un intérêt grandissant pour le traitement antirétroviral. Cette affirmation a été confirmée huit ans plus tard par les résultats de l'étude Partners [14] montrant l'absence de transmission au sein de couples sérodifférents quand la charge virale est indétectable.

Ces résultats induisent la notion de bénéfice collectif à la mise sous traitement rapide voire immédiate et au contrôle de la charge virale communautaire confirmé par les résultats de l'étude HTPN052 [2].

Malgré la diminution de la charge virale VIH « circulante », le nombre de nouvelles découvertes de séropositivité pour le VIH reste stable depuis plusieurs années. Alors qu'une infection dépistée et traitée précocement permet aux PVVIH de bénéficier d'une qualité de vie comparable à celle de la population générale, la proportion de 27 % de dépistages tardifs reste trop importante. La moitié des diagnostics à un stade avancé concerne les hétérosexuels nés à l'étranger. Chez 43 % des personnes qui ont découvert leur séropositivité en 2016, il s'agissait seulement du premier de dépistage. Par ailleurs on estime que 65 % des contaminations sont issues des 20 % de personnes ignorant leur séropositivité (*Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* du 1^{er} décembre 2017).

“ Malgré le dépistage, le nombre de nouvelles séroconversions reste stable ”

La non-utilisation du préservatif en contexte d'épidémie du VIH remonte au début des années 2000 au sein des populations séropositives d'hommes d'HSH. L'arrivée de la PrEP en 2012 aux États-Unis permet une autre possibilité d'une prise en charge par l'individu de sa prévention du VIH mais, tout comme le *Swiss Statement*, la mise à disposition de la « pilule contre le SIDA » connaît son lot de détracteurs qui opposent, à l'unique prévention du VIH, l'explosion des Infections sexuellement transmissibles (IST). La réalité est plus complexe. Les IST d'origine bactérienne progressent en France depuis les années 2000 (1998 pour la gonococcie ; 2000 pour la syphilis et 2003 pour la lymphogranulomatose vénérienne (LGV)), donc bien avant l'introduction des PrEP, justifiant l'instauration d'une surveillance épidémiologique afin d'aider la mise en place d'actions d'évaluation et de prévention. En revanche, entre 2013 et 2015, une augmentation de 47 % des cas de LGV, touchant quasi-exclusivement des HSH (98 % des cas ont été rapportés avec un taux de co-infection par le VIH très élevé (76 % des patients déclarés en 2015 étaient des séropositifs connus (*Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* du 29 novembre 2016)).

En contexte de promotion d'un parcours de soins et de dépistages systématiques dans le cadre de suivi PrEP et d'un possible abandon du préservatif (compensation du risque), il est trop tôt pour établir la part de la PrEP dans cette flambée des IST.

“ Il est trop tôt pour établir la part de la prise de médicament antirétroviral prophylactique dans la flambée actuelle des infections sexuellement transmissibles ”

Au cours du suivi trimestriel dans un centre parisien de prise en charge de la PrEP, 90 % des IST étaient asymptomatiques, la gorge et l'anus étant les deux sites les plus touchés par les IST. La mise en place du dépistage de *Mycoplasma genitalium* met en lumière 20 % de résultats positifs dans la population suivie, en général asymptomatique, posant la question du traitement et de ses échecs : avec l'apparition de résistances à l'azithromycine pour le *Mycoplasma genitalium*, le traitement minute des chlamydioses s'est vu remplacé par un traitement de référence de ces dernières à base de cyclines.

Le point de vue du proctologue

Tous les patients infectés par le VIH, y compris les femmes, ont un risque augmenté de carcinomes épidermoïdes anaux, évalué à 29 fois celui de la population générale. La population HSH séropositive pour le VIH présente l'incidence la plus élevée de carcinome épidermoïde de l'anus évaluée à 131/100 000 personnes-années, soit plus de 100 fois celle de la population générale [15]. Chez les patients HSH séropositifs, la prévalence de l'infection à HPV est de 73 % dont 35 % d'HPV 16.

Les dernières recommandations de prise en charge des PVVIH par le groupe d'experts de l'Agence Nationale pour la Recherche sur le Sida (ANRS) et du Centre National du Sida et des hépatites virales (CNS) proposent :

- un examen proctologique en cas de symptôme (saignement, douleur, perception d'une anomalie anale...) et un dépistage du cancer anal par un examen proctologique, chez toute personne ayant des antécédents de condylomes, les HSH et les femmes ayant un antécédent de lésion du col utérin ;
- en cas d'anomalie sur le bilan initial, en l'état actuel des connaissances, la périodicité du suivi doit être effectuée sur un rythme au minimum annuel ;
- en l'absence d'anomalie, il appartient au proctologue de définir la périodicité du dépistage de chaque patient qui ne devrait néanmoins pas excéder deux ans. Le médecin

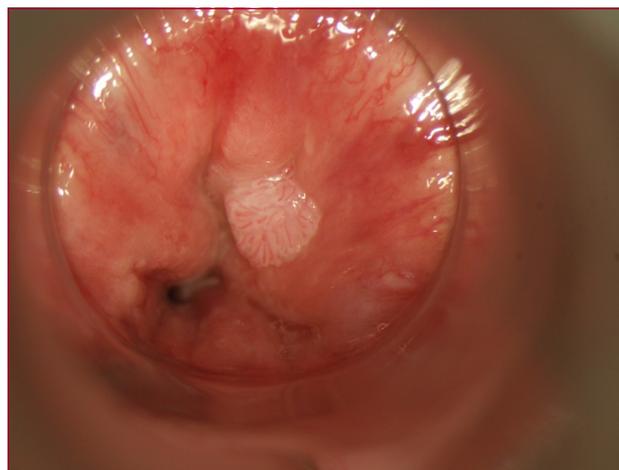


Figure 1. Condylole intra-canalair (Coll. Isabelle Etienney).

réfèrent VIH et/ou le médecin généraliste devront veiller à la réalisation de ce dépistage et à sa régularité.

Dans le cas des patients séronégatifs pour le VIH, il n'existe aucune recommandation de dépistage. Ainsi nous pouvons être amenés à voir des patients sous PrEP parfaitement asymptomatiques sur le plan proctologique, orientés vers la consultation proctologique par leur infectiologue pour un dépistage ; ou des patients symptomatiques présentant une IST.

L'examen proctologique doit être soigneux et comporter :

- un examen minutieux de la marge anale ;
- un toucher anal à la recherche d'une irrégularité ou d'une induration ;
- une anoscopie avec une attention particulière à la zone transitionnelle, au niveau de la ligne pectinée, où se développent préférentiellement les lésions condylomateuses pouvant prendre plusieurs formes : acuminées (figure 1), papuleuses, planes, ou une lésion cancéreuse (figure 2) et chercher une rectite d'intensité variable (figure 3). Il conviendra de réaliser des prélèvements infectieux dans le contexte car certaines formes peuvent être prises, à tort, pour des formes basses de rectites de causes inflammatoires voire mécaniques.

“ Pour les patients séronégatifs, il n'existe aucune recommandation de dépistage ”

Ces « nouvelles » consultations ont un but de dépistage et d'éducation. Leur contenu est résumé dans le *tableau 1*. L'information est primordiale : fréquence de l'infection à HPV, information sur les autres IST, mode de transmission, nécessité d'informer le/la/les partenaire(s) sexuel(le)(s), traitements disponibles.



Figure 2. Carcinome épidermoïde de l'anus fistulisé à la marge anale (Coll. Patrick Atienza).



Figure 3. Lymphogranulomatose vénérienne rectale (Coll. Josée Bourguignon).

Une question récurrente des patients est la nécessité de vaccination contre l'HPV.

L'infection par un HPV est fréquente dans la population générale : 50 % chez les femmes et 62 % chez les hommes dans les 2-3 ans après le début de la vie sexuelle [16, 17]. La prévalence augmente avec le nombre de partenaires sexuels.

Actuellement, trois vaccins existent : un vaccin à deux valences (16, 18) Cervarix[®], un vaccin tétravalent (16, 18, 6 et 11) Gardasil[®], et un vaccin nonavalent Gardasil 9 (6,

11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58) disponible depuis septembre 2018. Ce dernier est destiné à remplacer, à terme, le vaccin Gardasil.

La vaccination peut être abordée selon deux points de vue différents : prophylactique ou thérapeutique. Celle-ci est efficace et bien tolérée selon la littérature [18].

La vaccination prophylactique s'adresse aux individus n'ayant pas été en contact avec le virus. Cela correspond aux recommandations actuelles : les filles de 11 à 19 ans n'ayant jamais eu de rapport sexuel ou dans l'année suivant

Tableau 1. Contenu comparé de la consultation proctologique d'un patient homosexuel masculin (HSH) séropositif et d'un patient sous PrEP (Pre-Exposure Prophylaxis).

		HSH séropositif pour le VIH (Recommandations)*	« PrEPeur » (Propositions)
Examen clinique	Inspection	Oui	Oui
	Toucher anal	Oui	Oui
	Anuscopie	Oui	Oui
Examens complémentaires	Frottis anal	Non (manque de données)	Non
	Anuscopie Haute Résolution	Non (manque de données)	Non
Vaccination	Préventive	Non (pas en France)	Avant 26 ans
	Curative	Non (pas assez de données)	Non
Information	HPV	Oui	Oui
	Autres infections sexuellement transmissibles	Oui	Oui
Rythme de suivi		Maximum 2 ans	à 3 ans

*D'après le rapport Ph. Moral, août 2017.

le premier rapport (HAS 2013) ; depuis février 2016, le Haut Conseil de la Santé Publique préconise de proposer le vaccin anti-HPV dans les CeGIDD et dans les centres de vaccination aux hommes jusqu'à l'âge de 26 ans qui ont ou ont eu des relations sexuelles avec un homme.

La vaccination thérapeutique consiste à vacciner les patients déjà porteurs d'HPV avec des lésions dysplasiques de bas ou haut grade. Un essai randomisé portant sur plus de 600 HSH séropositifs pour le VIH comparait le vaccin *versus* placebo avec 71 % de cohorte suivis à 36 mois. À l'inclusion 27 % étaient porteurs de l'HPV 6 ou 11, 16 % pour le 16 et 11 % pour le 18. À la fin du suivi, il existait une diminution de 74,9 % en analyse per-protocole du taux d'AIN 2-3 pour les quatre sérotypes d'HPV étudiés [19].

Cependant, il n'existe pas de recommandations en France, dans cette indication.

Au total, il n'existe pas d'étude recommandant de vacciner les patients sous PrEP.

Le coût est de 109 euros par injection pour le vaccin tétravalent, et de 135 euros pour le vaccin nonavalent. Actuellement, le génotypage HPV n'est pas disponible en routine et une éventuelle vaccination hors-AMM peut être discutée avec un patient bien informé.

“ La vaccination anti-HPV n'a pas l'autorisation de mise sur le marché après 26 ans ”

Il est utile de rappeler au patient que la PrEP ne prévient pas la contamination par d'autres IST, avec en tête le gonocoque et le *Chlamydia trachomatis*. La seule protection efficace étant l'utilisation de préservatif.

Une étude s'est intéressée à la prise prophylactique de Tétracyclines chez des patients HSH sous PrEP : il existait une diminution nette d'infections à *Chlamydia trachomatis* ainsi que de syphilis (28,6/100 patients-années *versus* 8,7/100 avec un HR = 0,30 et un p = 0,006 ; 12,9/100 *versus* 3,7/100 avec un HR = 0,27 et p < 0,005, respectivement), non trouvée pour les gonococcies [20].

Il a été évoqué que la PrEP puisse être un facteur de risque de multiplications des partenaires et des rapports à risques non protégés. Une étude de 2015 portant sur plus de 140 patients traités par PrEP conclu à une utilisation identique de préservatifs avant et après prescription de la PrEP chez 56 % des patients. Quarante et un pour cent d'entre eux utilisent moins de préservatifs depuis la prise de cette prophylaxie et sont donc susceptibles d'avoir d'autres IST. Les études sont contradictoires. Une autre étude parue en 2017, portant sur plus de 19 000 patients, décrit une association indépendante entre l'utilisation de la PrEP et le diagnostic d'IST avec un taux diagnostique de 24,55 pour

100 PrEPeurs *versus* 10.39 pour 100 patients non traités par PrEP [21]. *A contrario*, une étude parue en 2015 rapporte un taux d'IST élevé dans la population homosexuelle masculine (environ 30 %) mais sans augmentation chez les patients prenant la PrEP [22].

“ L'information sur les infections sexuellement transmissibles reste primordiale ”

Nous avons à notre disposition deux examens complémentaires dans le cadre du dépistage de dysplasies secondaires à HPV : le frottis anal et l'anuscopie haute résolution. Chez les patients HSH séropositifs pour le VIH, ces examens ne sont pas recommandés par manque de données, même s'il reste dans l'arsenal diagnostique du proctologue dans certains établissements. Concernant les PrEPeurs, il n'est pas recommandé de réaliser d'examen complémentaire lors de ces consultations.

“ Aucune indication à réaliser un frottis anal ou une anoscopie haute résolution ”

Il n'existe actuellement aucune recommandation concernant le rythme de suivi proctologique des utilisateurs de PrEP.

Pour rappel, une étude parue en 2012 rapporte un risque relatif de carcinome épidermoïde anal à 5,1 chez les HSH séronégatifs pour le VIH et de 49,5 chez les HSH séropositifs [23]. Ce risque augmenté doit-il nous inciter à une surveillance rapprochée de ces patients ? Nous pourrions même discuter, dans ce cas, d'une surveillance des tous les patients HSH quel que soit leur âge et « conduites à risques » ? Cela nous semble irréalisable. Dans notre service, nous proposons aux patients sous PrEP ayant un examen clinique proctologique normal, une consultation de suivi dans 1 à 3 ans. En cas d'apparition de symptômes proctologiques, le patient est incité à prendre rendez-vous plus rapidement. Aucune donnée ne permet de recommander un suivi systématique des patients sous PrEP en l'absence de symptôme. La rareté des proctologues formés, leurs délais de consultations déraisonnables (plusieurs mois), l'absence de cotation précise de l'anuscopie de haute résolution pour le dépistage des dysplasies anales, sont autant de freins à lever pour la surveillance correcte et pertinente de ces populations à risques.

“ Le rythme de suivi des utilisateurs de médicament antirétroviral prophylactique n'est pas défini ”

Take home messages

- De plus en plus de patients ont accès à la prise de médicament antirétroviral prophylactique et consultent un proctologue.
- Il n'existe pas de recommandations concernant le contenu et le rythme de cette consultation.
- Une consultation proctologique initiale, après prescription de la prise de médicament antirétroviral prophylactique, a un intérêt pédagogique et de dépistage des potentielles infections sexuellement transmissibles anales.
- L'examen clinique et l'information sur les infections sexuellement transmissibles sont les points clés de cette consultation.
- Il n'existe pas de recommandations concernant le frottis anal, l'anuscopie haute résolution, la vaccination anti-HPV et le rythme de suivi.

Conclusion

La mise à disposition à grande échelle de la PrEP doit être envisagée dans un contexte global de prise en charge de la santé sexuelle, qui s'attachera à explorer les facteurs socio-comportementaux. Elle ne doit pas être opposée frontalement à l'utilisation du préservatif. La PrEP fait partie à la fois d'un arsenal de prévention diversifié et de dépistage des personnes ignorant leur statut sérologique pour soutenir à terme l'objectif : zéro nouvelle contamination VIH.

Des consultations proctologiques sont très souvent proposées par le médecin infectiologue. Il n'existe actuellement pas de recommandations concernant le contenu de ces consultations dont le message doit être pédagogique, afin de dépister de potentielles dysplasies et IST anales. Si de nombreuses questions scientifiques et médicales semblent avoir une réponse favorable pour l'utilisation de la PrEP, d'autres interrogations se font jour au premier rang desquelles, l'antibiorésistance accrue du gonocoque, l'accroissement prévisible des maladies liées à une infection aux virus HPV et la problématique vaccinale.

Liens d'intérêts : Elsa Lambrescak, Saliha Ysmail Dahlouk, Nabila Rabahi, Anne-Carole Lesage, Josée Bourguignon, Milad Taouk, Patrick Atienza et Isabelle Etienney déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Philippe Mariot : honoraires de Gilead Sciences. Jean-David Zeitoun : conseil non rémunéré pour la présidence de Sanofi et la présidence de Gilead France, co-fondateur et actionnaire d'une société d'analyse de données dont Sanofi est un client. ■

Références

Les références importantes apparaissent en gras.

1. INVS, Santé Publique France, DO VIH, 30/06/2017.
2. **Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *N Engl J Med* 2011 ; 365 (6) : 493-505.**
3. **Grant RM, Lama JR, Anderson PL, et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *N Engl J Med* 2010 ; 363 (27) : 2587-99.**
4. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, et al. Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women. *N Engl J Med* 2012 ; 367 (5) : 399-410.
5. **Molina J-M, Capitant C, Spire B, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med* 2015 ; 373 (23) : 2237-46.**
6. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, et al. Antiretroviral Preexposure Prophylaxis for Heterosexual HIV Transmission in Botswana. *N Engl J Med* 2012 ; 367 (5) : 423-34.
7. Van Damme L, Corneli A, Ahmed K, et al. Preexposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women. *N Engl J Med* 2012 ; 367 (5) : 411-22.
8. van der Straten A, Van Damme L, Haberer JE, Bangsberg DR. *Unraveling the divergent results of pre-exposure prophylaxis trials for HIV prevention AIDS* 2012 ; 26 (7) : F13-9.
9. Molina JM, et al. *IAS 2017*. Paris, France. Poster #WEPEC0939.
10. **Desai M, Field N, Grant R, McCormack S. Recent advances in pre-exposure prophylaxis for HIV. *BMJ* 2017 ; j5011.**
11. Durand-Zaleski I, Mutuon P, Charreau I, et al. Costs and benefits of on-demand HIV preexposure prophylaxis in MSM. *AIDS* 2018 ; 32 (1) : 95-102.
12. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, et al. Viral Load and Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1. *N Engl J Med* 2000 ; 342 (13) : 921-9.
13. Vernazza P, Hirschel B, Bernasconi E. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bull Med Suisses* 2008 ; 89 : 165-9.
14. **Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *JAMA* 2016 ; 316 (2) : 171.**
15. Shiels MS, Pfeiffer RM, Gail MH, et al. Cancer Burden in the HIV-Infected Population in the United States. *J Natl Cancer Inst* 2011 ; 103 (9) : 753-62.
16. **Winer RL, Feng Q, Hughes JP, et al. Risk of Female Human Papillomavirus Acquisition Associated with First Male Sex Partner. *J Infect Dis* 2008 ; 197 (2) : 279-82.**
17. Partridge JM, Hughes JP, Feng Q, et al. Genital Human Papillomavirus Infection in Men : Incidence and Risk Factors in a Cohort of University Students. *J Infect Dis* 2007 ; 196 (8) : 1128-36.
18. Miranda S, Chaignot C, Collin C, et al. Human papillomavirus vaccination and risk of autoimmune diseases : A large cohort study of over 2 million young girls in France. *Vaccine* 2017 ; 35 (36) : 4761-8.
19. **Palefsky JM, Giuliano AR, Goldstone S, et al. HPV Vaccine against Anal HPV Infection and Anal Intraepithelial Neoplasia. *N Engl J Med* 2011 ; 365 (17) : 1576-85.**

20. Molina J. ANRS-IPERGAY. Abstract 91LB ; 2017.

21. Mayer KH, Maloney KM, Levine K, et al. Sociodemographic and Clinical Factors Associated With Increasing Bacterial Sexually Transmitted Infection Diagnoses in Men Who Have Sex With Men Accessing Care at a Boston Community Health Center (2005-2015). Open Forum Infect Dis [Internet]. 2017 Oct 1 ; 4 (4). Available from : <http://academic.oup.com/ofid/article/doi/10.1093/ofid/ofx214/4372264>.

22. Volk JE, Marcus JL, Phengrasamy T, et al. No New HIV Infections with Increasing Use of HIV Preexposure Prophylaxis in a Clinical Practice Setting: Figure 1. Clin Infect Dis 2015 ; 61 (10) : 1601-3.

23. Machalek DA, Poynten M, Jin F, et al. Anal human papillomavirus infection and associated neoplastic lesions in men who have sex with men: A systematic review and meta-analysis. Lancet Oncol 2012 ; 13 (5) : 487-500.



Vous souhaitez recruter un médecin pour compléter votre équipe médicale ?

Pour une diffusion maximale de votre petite annonce

- > dans la revue de votre choix parmi toutes nos revues
- > sur notre site www.jle.com

- Contactez Corinne Salmon
01 46 73 06 63
corinne.salmon@jle.com
- ou connectez-vous sur la rubrique Petites annonces de notre site www.jle.com