

CROI 2015

Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes

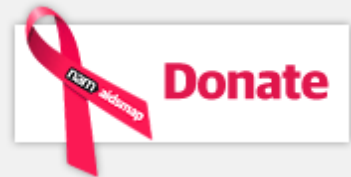
Seattle, Etats-Unis, 23-26 février 2015



Jeudi 26 février 2015

Table des matières

- | Le traitement anti-VIH à un taux de cellules CD4 supérieur à 500 est bénéfique révèle une étude africaine
- | La PrEP et le traitement antirétroviral combinés éliminent presque la transmission chez les couples sérodiscordants
- | Des résultats prometteurs pour un inhibiteur de maturation
- | La tuberculose ultrarésistante (XDR-TB) se propage de personne à personne, mais pas à cause de l'échec du traitement.
- | Traitement pour les jeunes pendant la semaine et pause le weekend
- | La prophylaxie au cotrimoxazole lorsque le taux de cellules CD4 est élevé est toujours utile en Afrique
- | 24ème conférence internationale sur la réduction des risques – Appel aux contributions
- | Soutenez notre travail



Le traitement anti-VIH à un taux de cellules CD4 supérieur à 500 est bénéfique révèle une étude africaine



Christine Danel présente à CROI 2015. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com.

L'initiation du traitement à un taux de cellules CD4 supérieur à 500 réduit de 44% les risques de

tuberculose, d'autres maladies graves et de décès par rapport à l'initiation du traitement selon les directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

L'étude Temprano, conduite sur une période de 7 ans en Côte d'Ivoire, a été conçue pour comparer l'innocuité et l'efficacité du traitement précoce par rapport au traitement initié selon les normes, dans un pays à faible revenu et à forte prévalence de tuberculose et d'infections bactériennes. Commencer le traitement de bonne heure pourrait être particulièrement bénéfique dans les pays où ces infections provoquent des problèmes de santé graves chez les personnes séropositives.

Un peu plus de 2000 personnes séropositives, précédemment non traitées (taux de cellules CD4 médian de 465 cellules/mm³) et sans tuberculose active, ont participé à cette étude dans ce pays d'Afrique occidentale. Elles ont été randomisées pour recevoir immédiatement un traitement antirétroviral ou pour commencer le traitement selon les directives de l'OMS qui étaient en place à l'époque. Les recommandations de l'OMS étaient de commencer le traitement en dessous de 200 cellules/mm³ lorsque l'étude a commencé, mais celles-ci avaient été modifiées à moins de 500 cellules/mm³ vers la fin de l'étude.

Le critère d'évaluation primaire de l'étude était un ensemble d'événements indicatifs de SIDA, de cancer non lié au SIDA ou de décès quel qu'en soit la cause. Ces événements se sont produits à un taux de 4,0 événements par 100 personnes-années chez les individus randomisés pour suivre les directives de l'OMS, par rapport à 2,8 événements par personnes-années chez les individus recevant le traitement immédiat.

Les événements les plus fréquents étaient la tuberculose et les infections bactériennes. Comme dans l'étude HPTN 052, le traitement précoce était particulièrement efficace pour réduire l'incidence des tuberculoses disséminées (plutôt que pulmonaires).

Pendant la période de suivi à long terme, les effets secondaires du médicament n'ont pas provoqué de problèmes importants chez les personnes qui ont commencé le traitement de bonne heure.

Temprano a également évalué les avantages d'un traitement préventif d'isoniazide contre la tuberculose pendant 6 mois en randomisant les individus des deux groupes pour prendre de l'isoniazide ou pas. Ceux qui l'ont pris ont eu une réduction de 35% des risques d'événements graves.

Les résultats renforcent l'idée que les critères se rapportant aux cellules CD4 pour l'initiation du traitement devraient être abandonnés, de façon à ce que les individus puissent commencer le traitement lorsqu'ils sont prêts, au moins dans les pays à revenus faibles où la tuberculose et les infections bactériennes sont les causes principales de maladies chez les personnes séropositives.

Dans les deux prochaines années, l'étude STSRT sur l'initiation précoce du traitement offrira des informations sur les risques et les avantages du traitement précoce dans les pays développés.

Liens associés:

[Lisez l'article intégral sur aidsmap.com](#)

[Webcast de cette présentation](#)

La PrEP et le traitement antirétroviral combinés éliminent presque la transmission chez les

couples sérodiscordants



Jared Baeten présente à CROI 2015. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com.

Une stratégie combinée de prophylaxie pré-exposition (PrEP) et de traitement antirétroviral pour les couples hétérosexuels dont un des partenaires est séropositif et l'autre séronégatif peut presque éliminer les risques d'infection du partenaire séronégatif. Point crucial, ceci protège non seulement de la transmission au sein du couple mais aussi des partenaires extraconjugaux.

Mené au Kenya et en Ouganda, le projet Partners Demonstration est dirigé par les mêmes chercheurs que l'étude de PrEP Partners (qui a démontré l'efficacité de la PrEP pour les couples sérodiscordants) mais a recruté des couples qui n'avaient pas participé à l'étude précédente.

Bien que la PrEP et le traitement antirétroviral réduisent les risques de transmission du VIH, les individus peuvent retarder leur utilisation ou ne pas les prendre régulièrement. La stratégie combinée utilise la PrEP en "relais" jusqu'à ce qu'il y ait un traitement entièrement suppressif dans le couple. Le partenaire séronégatif reçoit la PrEP tant que le partenaire ne suit pas de traitement antirétroviral et pendant les 6 premiers mois du traitement.

Une "échelle des risques" a été utilisée pour cibler spécifiquement l'intervention aux personnes les plus à risque de VIH. Les facteurs de risques comprenaient: la jeunesse, moins d'enfants, l'absence de circoncision masculine, la cohabitation plutôt que le mariage, les taux de rapports sexuels récents sans protection et une charge virale initiale élevée.

Jusqu'ici dans le projet, environ la moitié des 1013 couples ont utilisé la PrEP seule, un quart ont utilisé la PrEP et le traitement, une personne sur six a utilisé le traitement seul et une sur dix n'a rien pris. Des analyses de sang ont montré que l'adhésion à la PrEP et au traitement était bonne.

L'incidence de nouvelles infections au VIH dans ce groupe a été comparée au groupe de contrôle historique: l'incidence dans le groupe placebo de l'étude de PrEP Partners.

Sur la base de ces informations, environ 40 nouvelles infections auraient été attendues dans ces couples, ce qui équivaut à un taux d'incidence annuelle de 5,2%. Au lieu de ça, il y a eu deux infections, ce qui correspond à 0,2% d'incidence annuelle. Ces deux infections ont eu lieu chez des individus qui avaient été prescrits la PrEP mais avaient arrêté de la prendre.

La réduction du taux d'infection était statistiquement très significative à 96%. Bien que cela ressemble à la réduction observée dans l'étude HPTN 052, cette dernière étude ne comptait que les transmissions des partenaires principaux. La nouvelle étude compte les transmissions des partenaires principaux et des autres.

Les chercheurs pensent que la stratégie combinée devrait être recommandée pour les couples sérodiscordants et qu'elle pourrait également être bénéfique aux autres personnes exposées aux

risques d'infection, y compris les hommes qui ont des rapports avec des hommes et les femmes célibataires.

Des nouvelles sur l'adoption de la PrEP à San Francisco, qui adopte les nouvelles méthodes de prévention rapidement, ont été présentées à la conférence. Plus de 5000 personnes ont utilisé la PrEP au cours de l'année passée, mais ceci constitue uniquement un tiers des résidents de la ville qui sont à risque de contracter le VIH. Si 95% des personnes courant un risque élevé prennent la PrEP, les infections pourraient être réduites de 70% disent les chercheurs.

Liens associés:

[Lisez l'article intégral sur aidsmap.com](#)

[Webcast de cette présentation](#)

Des résultats prometteurs pour un inhibiteur de maturation



Max Lataillade présente à CROI 2015. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com.

Un inhibiteur de maturation du VIH de deuxième génération, le BMS-955176, a démontré une bonne innocuité et une puissance élevée dans une petite étude de preuve de concept de phase 2a

La multithérapie antirétrovirale se compose de médicaments qui ciblent différentes étapes du cycle de vie du VIH, mais aucun des agents actuellement approuvés n'agit sur l'assemblée virale, la maturation et la libération des cellules hôtes. Les nouvelles classes de médicaments pourraient être bénéfiques aux personnes séropositives fortement prétraitées qui souffrent de résistance extensive aux médicaments.

Précédemment, un inhibiteur de maturation, le bevirimat, avait montré une activité antivirale dans des études antérieures mais avait été gêné par des difficultés de formulation. Plus de la moitié des participants à l'étude avaient un virus moins susceptible en raison de variations Gag d'origine naturelle. BMS-955176 est un inhibiteur de maturation de deuxième génération qui semble avoir surmonté ces difficultés.

BMS-955176 était notablement plus puissant que le bevirimat, et son activité antivirale était la même contre le VIH de type sauvage et les virus avec des polymorphismes Gag. En général le

médicament a été bien toléré à toutes les doses testées. Une étude de phase 2b devrait commencer dans les prochains mois.

Liens associés:

[Lisez l'article intégral sur aidsmap.com](#)

[Webcast de cette présentation](#)

La tuberculose ultrarésistante (XDR-TB) se propage de personne à personne, mais pas à cause de l'échec du traitement.



N Sarita Shah présente à CROI 2015. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com.

La grande majorité des personnes atteintes de tuberculose ultrarésistante en Afrique du Sud ont acquis leur infection d'une autre personne, et non pas parce que le traitement antituberculeux a échoué. Ces constatations se basent sur l'examen de 400 cas de tuberculose ultrarésistante confirmée dans la province du KwaZulu Natal.

La tuberculose ultrarésistante peut être acquise par le biais d'échecs multiples de traitement antituberculeux, ce qui conduit à l'accumulation d'une résistance à de plus en plus de médicaments. Si cela se produit, le patient est susceptible d'avoir déjà reçu un traitement contre des souches de tuberculose multirésistante (MDR-TB). Cependant, ce n'était le cas que pour 21% des 400 personnes de l'étude.

Les 79% restant reflètent la transmission de personne à personne. Ceci aurait pu se produire dans un environnement médical, mais étant donné que la moitié de ces individus n'avaient pas été dans un hôpital auparavant, la transmission est également susceptible de s'être produite dans la communauté.

L'analyse moléculaire avec génotypage a montré que parmi les 400 cas, beaucoup étaient génétiquement très semblables. Ceci correspond bien à une transmission de personne à personne. Un peu moins de la moitié des isolats appartiennent à un cluster de transmission et 22 autres clusters ont été identifiés.

La transmission dans les établissements de soins pourrait être réduite par la mise en place

d'interventions élémentaires à faible coût, comme l'ouverture des portes et des fenêtres pour améliorer la ventilation et la séparation des personnes soupçonnées de tuberculose des autres patients. Un diagnostic de tuberculose plus rapide et l'utilisation universelle des tests de sensibilité aux médicaments sont aussi importants.

Liens associés:

[Lisez l'article intégral sur *aidsmap.com*](#)

[Webcast de cette présentation](#)

Traitement pour les jeunes pendant la semaine et pause le weekend



Karina Butler, participe au groupe pédiatrique à CROI 2015. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com.

Maintenir l'adhésion au traitement quotidien est souvent plus difficile pour les jeunes que pour les personnes plus âgées. **La conférence a été avisée de nouvelles encourageantes sur un traitement qui vise à normaliser la vie sous traitement du VIH pour les enfants et les jeunes.**

L'étude a recruté 199 personnes âgées de 8 à 24 ans (âge médian de 14) dans sept pays européens, aux Etats-Unis, en Ouganda, en Thaïlande et en Argentine. Tous prenaient une association à base d'efavirenz, avaient une charge virale indétectable et pas d'antécédents de rebond viral sous traitement. Ils représentaient par conséquent un groupe inhabituel parmi les jeunes chez qui les difficultés d'adhésion, le rebond viral, la pharmacorésistance et les changements de traitement sont communs.

Les participants ont été répartis au hasard pour prendre soit le cycle court de traitement, soit le traitement continu. Le cycle court impliquait la prise quotidienne de médicaments pendant les cinq jours de la semaine, suivi de deux jours consécutifs sans médicament (en général le samedi et dimanche).

Le traitement à base d'efavirenz a été précisé, parce que l'efavirenz prend plus longtemps à être éliminé du sang: le traitement aurait été plus dangereux avec d'autres médicaments.

Après 48 semaines de suivi, il n'y avait aucune différence entre les taux de rebond viral au dessus de 50 copies/ml: ceci s'est produit chez 6 personnes dans le groupe du cycle de

traitement court et chez sept dans le groupe de traitement continu.

Le traitement sans médicament pendant le weekend a été très acceptable pour les jeunes. Les trois quarts ont dit que cela rendait la vie beaucoup plus facile, particulièrement pour sortir le weekend lorsque les adolescents ne veulent peut être pas que les autres les voient prendre des médicaments. Le traitement a également aidé avec les effets secondaires.

Les chercheurs ont souligné que les résultats doivent être traités avec prudence et que les jeunes ne doivent pas commencer à rater des doses le weekend avant qu'un suivi à long terme des participants à l'étude ne rassure sur la sécurité à long terme. En particulier, les résultats ne s'appliquent qu'aux jeunes qui prennent un traitement à base d'efavirenz, qui ont une charge virale indétectable et aucun antécédent de rebond viral.

Liens associés:

[Lisez l'article intégral sur aidsmmap.com](#)

[Webcast de cette présentation](#)

La prophylaxie au cotrimoxazole lorsque le taux de cellules CD4 est élevé est toujours utile en Afrique

L'arrêt de la prophylaxie au cotrimoxazole augmente les risques d'infections bactériennes graves et de paludisme chez les personnes sous traitement antirétroviral en Ouganda, ont montré les résultats d'un essai randomisé.

Ce fut le cas pour les personnes dont la charge virale était élevée, bien que les directives actuelles suggèrent que la prophylaxie au cotrimoxazole peut être arrêtée chez les adultes qui prennent un traitement antirétroviral, dont la charge virale est refoulée et qui montrent des signes de récupération immunitaire. Les directives de l'OMS ont noté la qualité médiocre des éléments à l'appui de cette recommandation.

Le cotrimoxazole est un antibiotique utilisé pour traiter les infections bactériennes. Il peut aussi être pris régulièrement en prophylaxie, pour éviter les infections bactériennes et le paludisme. Cependant, lorsqu'il est pris de façon continue, il peut provoquer des effets secondaires tout en augmentant les difficultés logistiques pour les pharmacies.

Etant donné les incertitudes sur les bénéfices supplémentaires qu'il offre aux personnes sous traitement antirétroviral stable, les chercheurs ont étudié son impact dans un environnement où les infections bactériennes et le paludisme sont très répandus. Plus de 2000 personnes en Ouganda rural avec un taux de cellules CD4 médian de 518 cellules/mm³ ont participé à l'étude.

Cependant, le taux d'infections chez les personnes sous placebo a été plus élevé (2,9 par 100 personnes-années) que chez les personnes qui ont continué de prendre du cotrimoxazole (1,8 par 100 personnes-années). Les événements les plus fréquents ont été les pneumonies bactériennes et les infections des voies respiratoires supérieures; le paludisme a également été plus fréquent chez ceux qui ont arrêté de prendre la prophylaxie au cotrimoxazole.

Liens associés:

[Lisez l'article intégral sur aidsmap.com](#)

[Webcast de cette présentation](#)

24ème conférence internationale sur la réduction des risques – Appel aux contributions



La **24ème conférence internationale sur la réduction des risques** aura lieu à Kuala Lumpur, en Malaisie, en octobre 2015. Le **processus de soumission des abrégés en ligne** est désormais ouvert et restera ouvert jusqu'au 27 mars 2015.

Liens associés:

[Consultez le site de la conférence](#)

Soutenez notre travail

NAM continue d'être une
excellente source d'informations
scientifiquement correctes tout
en restant lisibles. C'est une
chose très rare.

Soutenez-le.



Ce message d'un de nos fans nous a fait sourire! En tant qu'association caritative nous dépendons des donations pour pouvoir continuer notre travail et nous sommes très reconnaissants de tous les dons que nous recevons, qu'ils soient petits ou grands.

Nous croyons passionnément que des informations indépendantes, claires et fondées sur les faits permettent aux personnes séropositives de prendre des décisions sur leur santé et de vivre des vies plus longues, plus saines et plus comblées.

Si vous pensez pouvoir soutenir notre travail en faisant un don, vous pouvez le faire en ligne à www.aidsmap.com/donate.

Merci.

Liens associés:

www.aidsmap.com/donate

Traductions de Sylvie Beaumont

-  **Rejoignez NAM sur Facebook** : Découvrez tous nos passionnants projets, nos dernières réussites et les nouveaux développements du monde de NAM.
-  Suivez NAM sur Twitter pour les liens vers les toutes dernières nouvelles publiées par nos éditeurs concernant les développements importants et les conférences en temps réels. Nos fils d'info sont liés à www.twitter.com/aidsmap_news et vous pouvez également suivre nos tweets sur www.twitter.com/aidsmap.
-  Suivez toutes nos nouvelles sur la conférence en vous **inscrivant à nos flux RSS**.



NAM est une association primée communautaire qui travaille au Royaume-Uni. Nous produisons des informations fiables et précises sur le VIH pour les séropositifs du monde entier et pour les professionnels qui les soignent, les soutiennent et s'occupent d'eux.

Faites un don, faites changer les choses: www.aidsmap.com/donate

Pour des détails supplémentaires, contactez NAM:

Téléphone: +44 (0)20 7837 6988

Télécopie: +44 (0)20 7923 5949

Courriel: info@nam.org.uk

Site Internet: www.aidsmap.com

NAM Publications

Registered office: Acorn House, 314-320 Gray's Inn Road, London, WC1X 8DP

Company limited by guarantee. Registered in England & Wales, number: 2707596

Registered charity, number: 1011220

Pour vous désabonner, allez sur: <http://www.aidsmap.com/page/1492854/>