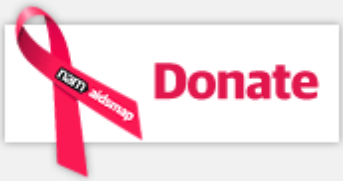
Difficultés pour lire ce message? Lisez-le dans votre navigateur



Mercredi 14 mars 2018

Table des matières

- Les infections rebelles à la PrEP et les cas de pharmacorésistance sont très rares
- Les auto-tests du VIH en Afrique du Sud et en Birmanie
- Le Lesotho fait de gros progrès vers les objectifs 90-90-90
- Le naltrexone a libération prolongée améliore la suppression virale après la sortie de prison
- Le traitement très précoce chez les enfants
- Le traitement préventif à l'isoniazide chez les femmes séropositives enceintes : les risques l'emportent-ils sur les avantages ?
- Le traitement de troisième ligne réussi dans les pays aux ressources limitées
- Bulletins d'actualité mensuels gratuits sur l'hépatite
- Soutenez notre travail



Les infections rebelles à la PrEP et les cas de pharmacorésistance sont très rares



Un autre cas d'infection au VIH chez une personne prenant régulièrement la prophylaxie pré-exposition a été signalé la semaine dernière à Boston pendant la 25ème conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes (CROI 2018).

Cependant, l'absence de surveillance et l'absence de dépistage au moment des symptômes

d'une possible séroconversion au VIH signifie qu'on ne peut pas être certain à 100% qu'il s'agisse bien d'un cas d'échec de la PrEP.

Les signalements d'infections au VIH chez les personnes sous PrEP sont extrêmement rares. Deux cas d'infection à un virus pharmacorésistant malgré la prise de PrEP ont été présentés en 2016, un à Toronto et un à New York. Un troisième cas à Amsterdam en 2017 n'impliquait pas de VIH pharmacorésistant.

Dans ce cas particulier, en raison de l'absence de surveillance, on ne peut pas dire si le patient a attrapé un VIH qui était déjà résistant aux médicaments de la PrEP (le ténofovir et l'emtricitabine) ou si la résistance s'est développée parce que l'individu a continué à prendre la PrEP pendant un mois après l'apparition de symptômes suspectés d'être dus à une infection aigue de VIH.

Une autre étude présentée à la conférence visait à estimer la probabilité de transmission d'un VIH pharmacorésistant aux deux médicaments utilisés dans la PrEP par les personnes ayant une charge virale détectable. Les chercheurs ont constaté que dans le comté de King, comprenant Seattle, pas plus de 0,3% de la population séropositive avaient une charge virale supérieure à 10 000 copies/ml et un taux élevé de pharmacorésistance au ténofovir et à l'emtricitabine.

Cependant, un pourcentage encore plus petit de personnes nouvellement dépistées, trois cas seulement en 10 ans, ou une personne sur 606, avait une pharmarcorésistance primaire, c'est à dire que les personnes avaient été infectées avec un VIH résistant au ténofovir/emtricitabine. Ceci est plus susceptible de refléter la fréquence maximale de personnes qui pourraient contracter un VIH pharmacorésistant d'une autre personne malgré la PrEP.

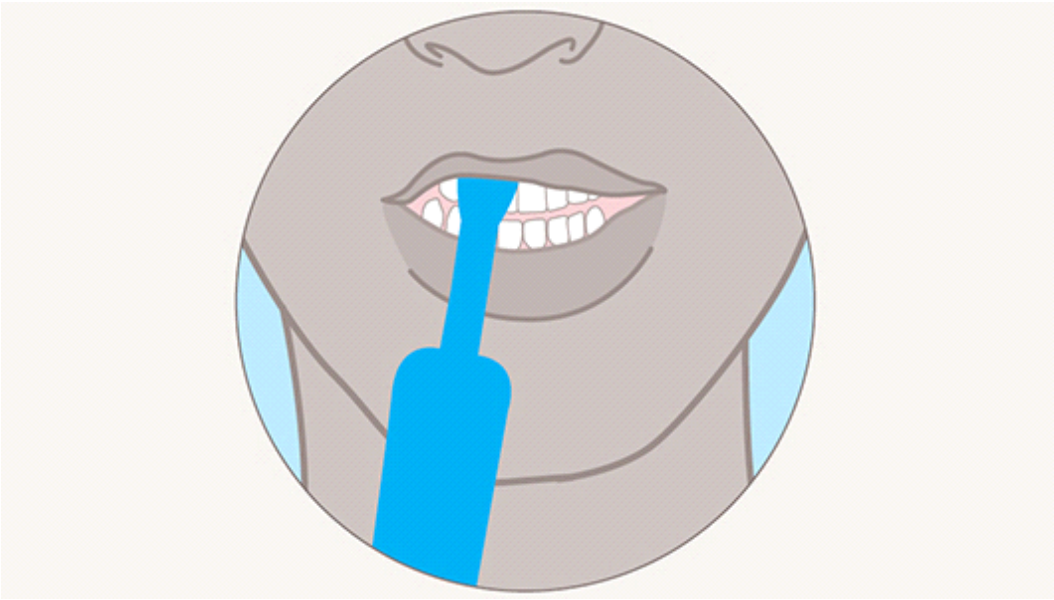
Liens associés

Lisez l'article sur un autre cas d'infection survenue sous PrEP, qui avait été rapporté dans aidsmap.com

Lisez l'article "Combien de VIH résistant à la PrEP y-a-t'il? sur aidsmap.com

Visitez les pages dédiées à la CROI 2018 sur aidsmap.com

Les auto-tests du VIH en Afrique du Sud et en Birmanie



L'auto-dépistage du VIH est faisable et acceptable pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et pour les femmes transgenres en Birmanie et pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes en Afrique du Sud, ont montré deux études présentées la semaine dernière à CROI.

Le respect de la confidentialité et de la vie privé offert par les auto-tests, en ce qui concerne à la fois le statut du VIH et le comportement sexuel, peut présenter des avantages particuliers pour les groupes stigmatisés. Les auto-tests ont le potentiel d'étendre l'accès au dépistage et d'améliorer la fréquence du dépistage. Cependant, certaines inquiétudes ont été soulevées à propos de l'absence de counselling pour les personnes qui utilisent l'auto-test et de l'absence d'orientation vers les soins des personnes dont le test est positif.

L'étude Birmane a randomisé 577 hommes qui avaient des rapports sexuels avec des hommes et des femmes transgenres à l'auto-test *Oraquick* ou au dépistage et counselling dans une association communautaire au service des HSH et des femmes transgenres. Les deux méthodes de dépistage se sont avérées très acceptables et la majorité des participants au sein des deux groupes de l'étude ont dit qu'ils préféreraient faire le dépistage par auto-test chez eux à l'avenir. Les personnes du groupe des auto-tests étaient plus susceptibles de revenir pour la deuxième visite de l'étude (54% vs 46%). Un nombre plus élevé de diagnostics de VIH a été rapporté dans le groupe des auto-tests (28 contre 16).

L'étude d'Afrique du Sud s'est penchée sur l'acceptabilité des kits d'auto-test par voie orale ou par gouttelette de sang parmi les hommes qui avaient des rapports sexuels avec des hommes. Elle a également examiné combien de personnes avaient été atteintes lorsque chaque participant recevait 5 kits d'auto-tests à distribuer à leurs familles et amis.

La plupart des hommes (91%) ont utilisé leur kit. La plupart ont fait le test tous seuls, mais un tiers des participants ont parfois fait le test lorsque d'autres personnes étaient présentes ; Ils ont parfois fait le test en même temps qu'un ami, un membre de leur famille ou un partenaire. Ceci suggère que les auto-tests peuvent aider à ouvrir les discussions sur le dépistage et le traitement du VIH. Plusieurs participants ont dit aux chercheurs que le dialogue à ce sujet s'était amélioré avec leurs partenaires. Les 127 hommes ont distribué les kits à 376 amis, 217 membres de la famille et 135 partenaires sexuels.

Les chercheurs ont conclu que les auto-tests étaient acceptables et faisables pour les HSH d'Afrique du Sud et qu'ils pouvaient être distribués dans les réseaux exposés à des risques élevés. Ils augmentent la fréquence du dépistage et le dépistage des partenaires, ce qui pourrait réduire le taux de diagnostics tardifs et faciliter l'accès au traitement VIH.

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

Téléchargez le poster de l'étude en Birmanie du site de la conférence (PDF)

Regardez le webcast de la présentation Sud-Africaine sur le site de la conférence

Le Lesotho fait de gros progrès vers les objectifs 90-90-90

Le Lesotho, malgré une prévalence de VIH supérieure à 25%, réalise des progrès substantiels vers la réalisation des objectifs 90-90-90 de l'ONUSIDA, avec 77% des adultes séropositifs ayant participé à une étude au domicile au courant de leur statut VIH.

Pour atteindre les objectifs 90-90-90 d'ici à 2020, les objectifs fixés par l'ONUSIDA, les pays doivent dépister 90% des personnes séropositives, traiter 90% des personnes dépistées et atteindre la suppression virale chez 90% des personnes sous traitement. Atteindre ces cibles signifie que 73% des personnes séropositives devraient avoir une charge virale indétectable, réduisant ainsi de beaucoup les maladies liées au VIH, les décès et les nouvelles infections.

Le Lesotho a la deuxième plus forte prévalence de VIH au monde. Le VIH est la principale cause de décès et contribue au fait que le Lesotho a l'espérance de vie la plus faible parmi 195 pays. Dans le cadre de la réponse nationale au VIH, le Lesotho a été le premier pays en Afrique sub-saharienne à mettre en place la stratégie « Dépister et soigner » en 2016.

LePHIA (une évaluation de l'impact du VIH sur la population du Lesotho) a dépisté 11 682 adultes dans près de 11 000 foyers, choisis de façon à constituer un échantillon national représentatif.

La prévalence totale du VIH a été de 25,6% (estimée correspondre à environ 306 000 personnes séropositives). Les femmes étaient touchées de façon disproportionnée, avec une prévalence de 30,4% par rapport à 20,8% pour les hommes.

L'atteinte des objectifs 90-90-90 était plus faible chez les hommes que chez les femmes. Parmi les hommes séropositifs, 71% étaient déjà dépistés, 89,4% des hommes dépistés étaient sous traitement et 88,4% des hommes sous traitement avaient une charge virale indétectable. Cela se compare à 81,5%, 90,6% et 88,2% chez les femmes.

Les hommes et les femmes de moins de 25ans étaient beaucoup moins susceptibles de connaitre leur statut sérologique. De même, les hommes qui avaient travaillé la semaine précédente étaient beaucoup moins susceptibles de connaitre leur statut, ce qui suggère que les efforts à faire pour atteindre les jeunes devraient se concentrer sur les services près des lieux de travail et les services ouverts en dehors des heures de travail, ainsi que sur les travailleurs immigrés.

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

Regardez le webcast sur le site de la conférence

Le naltrexone a libération prolongée améliore la suppression virale après la sortie de prison



Sandra Springer à CROI 2018. Photo de Liz Highleyman.

De bons taux de suppression virale ont été observés chez les détenus traités avec un traitement antirétroviral pendant leur incarcération. Cependant, plusieurs études ont mis en évidence une chute rapide du contrôle virologique après la sortie de prison. Dans une étude, le pourcentage de personnes ayant une charge virale indétectable est passé de 59% à seulement 18% dans les trois mois suivant la mise en liberté. Une telle perte de contrôle virologique est souvent associée à une dépendance préexistante aux opioïdes ou à l'alcool.

Le Naltrexone est un antagoniste des opiacés, qui réduit l'envie d'alcool et bloque les effets des opiacés. On a observé que le traitement au naltrexone à libération prolongée réduisait le taux de rechute des personnes qui ont des antécédents de dépendance aux opioïdes ou à l'alcool.

Les chercheurs voulaient savoir si le traitement avec ce médicament présenterait des avantages pour les personnes séropositives sous antirétroviraux souffrant de dépendance aux opioïdes ou à l'alcool après leur sortie de prison. Ils ont conçu deux études randomisées, contrôlées par placebo. L'étude NEW HOPE a porté sur des prisonniers séropositifs souffrant de problèmes liés à l'usage des opioïdes, et les prisonniers souffrant de problèmes liés à l'alcoolisme ont été recrutés pour participer à l'étude INSPIRE.

Les participants des deux études ont été randomisés pour recevoir des injections mensuelles de naltrexone à libération prolongée ou un placebo. Les paramètres primaires de l'étude concernaient le maintien ou l'accomplissement de la suppression virale (moins de 50 copies/ml).

L'étude NEW HOPE, menée auprès d'anciens consommateurs d'opioïdes, a constaté que le traitement au naltrexone à libération prolongée a presque triplé les probabilités de suppression virale six mois après la sortie de prison. L'étude INSPIRE, auprès d'anciens consommateurs d'alcool, a constaté que le traitement au naltrexone à libération prolongée a plus que quadruplé la suppression virale six mois après la sortie de prison.

Il n'y a pas eu d'évènements indésirables graves dans ces deux études.

« Pour atteindre les objectifs 90-90-90 parmi les personnes séropositives libérées de prison souffrant de dépendances à l'alcool ou aux opioïdes, une attention particulière devrait être accordée à l'administration de pharmacothérapies en association avec un traitement antirétroviral » ont conclu les chercheurs. « L'évaluation du naltrexone à libération prolongée

pour atteindre la suppression virologique dans d'autres environnements mais aussi pour la prévention du VIH devrait faire l'objet de future recherches ».

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

Regardez le webcast sur le site de la conférence

Le traitement très précoce chez les enfants



Le traitement très précoce est faisable et sans danger chez les nourrissons et conduit à un petit réservoir de cellules infectées, ont montré deux études au Botswana et en Thaïlande. Les résultats offrent l'espoir d'une guérison dite fonctionnelle, c'est à dire que les enfants dépistés et traités très rapidement après la naissance pourront mieux contrôler le VIH sans traitement prolongé.

Le traitement très précoce chez les nourrissons est devenu un sujet d'intérêt scientifique à la suite du cas du bébé du Mississippi. En 2013, des chercheurs américains ont rapporté qu'un bébé traité 30 heures après sa naissance continuait à contrôler le VIH après plus d'un an sans traitement, peut-être parce ce que le traitement précoce avait énormément limité le nombre de cellules infectées dans l'organisme de l'enfant : le réservoir du VIH

Dans la plupart des cas, la présence de l'ADN du VIH dans les cellules mène à la production de nouveaux virus et à un rebondissement rapide de la charge virale si le traitement antirétroviral est arrêté. Dans le cas du bébé du Mississipi, la charge virale a soudainement rebondi à l'âge de trois ans et neuf mois, après plus de deux ans sans traitement.

Depuis que ce cas a été rapporté, plusieurs études ont étudié la viabilité de l'initiation très précoce d'un traitement chez les nourrissons et de ses effets sur le réservoir du VIH. Une partie de la raison d'être de ces études est de déterminer avec quelle fréquence et à quel point le traitement précoce limiterait l'établissement d'un réservoir de cellules infectées.

L'étude sur le traitement précoce chez les nourrissons (Early Infant Treatment Study) au Botswana a constaté que les enfants qui commençaient le traitement dans les jours qui suivaient la naissance n'avaient pas ou peu d'ADN du VIH intégré dans les cellules et qu'ils n'étaient pas capables de produire de nouveaux virus à partir de ces cellules après plus de 6 mois de traitement. Les enfants qui avaient une charge virale indétectable après 84 semaines

de traitement étaient très susceptibles d'avoir également un ADN du VIH indétectable.

Le groupe de recherche HIV-NAT en Thaïlande a rapporté ses résultats sur la relation entre l'âge au début du traitement antirétroviral et la taille du réservoir du VIH dans deux cohortes de nourrissons qui avaient commencé le traitement avant d'avoir 6 mois. Ils ont constaté que le réservoir de cellules infectées avait diminué pendant la première année de traitement mais était resté stable après cette période. Cependant, ils ont également constaté que, chez environ la moitié des enfants, il était également impossible de faire produire de nouveaux virus aux cellules infectées après un an ou plus de traitement, ce qui semble suggérer que l'ADN du VIH détectable chez ces enfants était formé de fragments défectueux.

Que ces enfants, ou d'autres comme eux, puissent arrêter le traitement et contrôler le VIH reste à tester dans des études soigneusement conçues. Une des inquiétudes est que l'interruption du traitement pourrait conduire à une augmentation irréversible du réservoir viral, sapant ainsi les perspectives de toute percée ultérieure dans le domaine du contrôle du VIH sans traitement, qui aurait pu être bénéfique à ces individus.

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

Regardez le webcast de la présentation thaïlandaise sur le site de la conférence

Regardez le webcast de la présentation du Botswana sur le site de la conférence

Le traitement préventif à l'isoniazide chez les femmes séropositives enceintes : les risques l'emportent-ils sur les avantages ?

La traitement préventif à l'isoniazide pendant la grossesse et l'allaitement chez les femmes séropositives sous traitement antirétroviral a entrainé un taux plus élevé d'effets indésirables graves, peut-être attribuables à l'isoniazide, sans réduction significative des cas de tuberculose, ont entendu les délégués la semaine dernière au cours de la conférence.

L'étude a également révélé que les complications de grossesse étaient beaucoup plus fréquentes parmi les femmes prenant le traitement préventif à l'isoniazide pendant leur grossesse que chez les femmes qui le commençaient après l'accouchement.

L'organisation mondiale de la santé, sur la base d'indications solides, recommande le traitement préventif à l'isoniazide en association avec le traitement antirétroviral aux personnes séropositives. Un traitement de six mois, la recommandation minimum, réduit les risques de tuberculose active. Cependant, pour les femmes enceintes et post-partum, la qualité des données probantes est faible. En outre les données rétrospectives montrent que l'isoniazide est associé à une augmentation des troubles hépatiques chez les femmes enceintes ou post-partum.

L'étude randomisée TB APPRISE, conduite dans les régions d'Afrique, d'Asie et de Haïti, où la tuberculose est endémique, a comparé l'innocuité et l'efficacité du traitement préventif à l'isoniazide pendant la grossesse par rapport au traitement 12 semaines après l'accouchement. L'étude a révélé que des évènements indésirables graves se produisaient souvent dans les deux groupes, et que les complications indésirables à l'accouchement, telle que la mortinatalité, étaient plus fréquentes dans le groupe de traitement immédiat. Il n'y avait pas de réduction significative dans l'incidence de nouveaux cas de tuberculose dans le groupe de traitement immédiat par rapport à l'autre groupe bien que l'incidence ait été faible dans les deux groupes.

Ces résultats remettent en question les directives actuelles de l'Organisation mondiale de la santé. Dr James McIntyre de l'Institut de santé Anova, en Afrique du Sud, qui présidait à la conférence de presse, a soutenu les recommandations de l'équipe de l'étude de réévaluer les directives en pesant les risques et les avantages de l'initiation du traitement à l'isoniazide pour les femmes séropositives enceintes.

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

Regardez le webcast sur le site de la conférence

Le traitement de troisième ligne réussi dans les pays aux ressources limitées



Beatriz Grinsztejn à CROI 2018. Photo de Liz Highleyman.

Le traitement de troisième ligne va devenir un besoin croissant dans les pays aux ressources limitées, mais le meilleur moyen de gérer l'échec virologique après le traitement de deuxième ligne reste incertain. L'étude ACTG A5288 présentée à la CROI 2018 a montré que l'utilisation des tests de pharmacorésistance et les nouveaux médicaments permettent d'atteindre la suppression virale chez une grande partie des individus.

L'étude ACTG A5288 était un essai ouvert comparant les stratégies de traitement pour les personnes ayant des charges virales de 1000 copies / ml ou plus après au moins 24 semaines de traitement antirétroviral de deuxième ligne contenant un inhibiteur de la protéase. L'objectif de l'étude était d'utiliser les nouveaux antirétroviraux et les outils de gestion modernes, comme le génotypage des virus, pour sélectionner un traitement de troisième ligne approprié et pour permettre à plus de personnes d'atteindre la suppression virale. Certaines personnes ont continué leur traitement de deuxième ligne actuel parce qu'elles avaient peu ou pas de résistance aux médicaments; les lignes directives actuelles recommandent de soutenir l'observance dans cette situation afin d'atteindre à nouveau la suppression virale. D'autres personnes sont passées à un autre traitement en fonction de leur profil de résistance aux médicaments.

L'étude non-randomisée a constaté que les participants qui continuaient leur traitement de

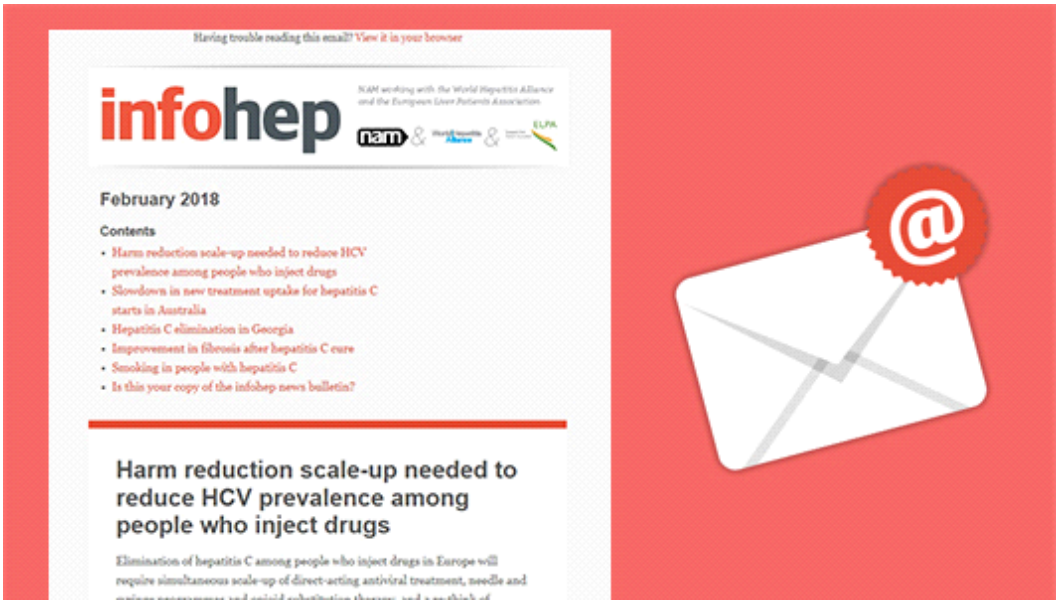
deuxième ligne avaient un taux de suppression virale plus faible à la 48ème semaine (44%) et développaient de nouvelles pharmacorésistances. Les personnes qui passaient d'un traitement contenant deux ou trois médicaments (au moins deux parmi le darunavir/ritonavir, etravirine ou raltegravir) étaient beaucoup plus susceptibles d'atteindre la suppression virale et moins susceptibles de développer d'autres pharmacorésistances. Près de 90% des personnes prenant au moins deux nouveaux médicaments ont atteint la suppression virale.

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

Regardez le webcast sur le site de la conférence

Bulletins d'actualité mensuels gratuits sur l'hépatite



Pour rester au courant des dernières nouvelles et informations sur le traitement de l'hépatite, inscrivez vous à nos bulletins électroniques mensuels gratuits infohep

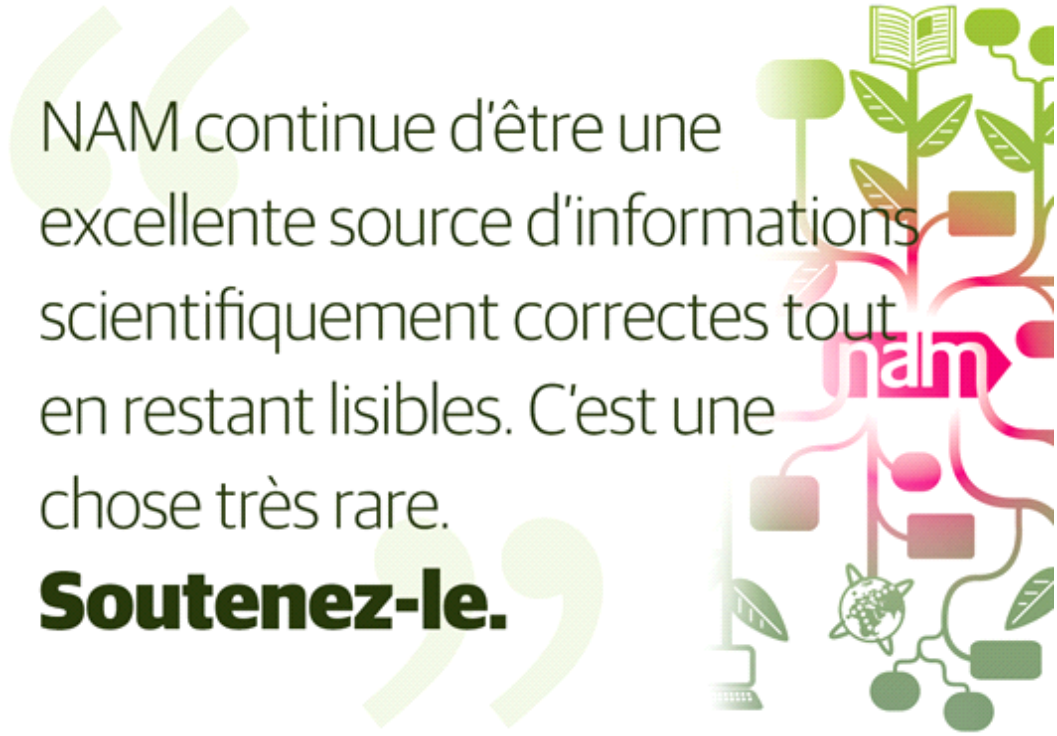
Le bulletin est disponible en anglais tous les mois. Lorsque nous couvrons les congrès internationaux (International Liver Congress en avril et Liver Meeting en novembre), le bulletin est également disponible en français, espagnol, portugais et russe. Si vous voulez vous inscrire aux bulletins traduits, veuillez choisir votre langue dans la liste déroulante de notre page d'inscription).

Les archives des numéros précédents en anglais sont également disponibles en ligne.

Liens associés

Inscrivez-vous aux bulletins d'infohep et accédez aux archives

Soutenez notre travail



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 utiles

www.aidsmap.com/donate

Traductions de Sylvie Beaumont

- Rejoignez NAM sur Facebook : Découvrez tous nos passionnants projets, nos dernières réussites et les nouveaux développement 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's news coverage of the 2018 Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections has been supported by a grant from Gilead Sciences Europe Ltd.

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/

Privacy Policy
Read it here: http://www.aidsmap.com/page/1439297/