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

Mercredi 28 octobre 2015

Table des matières

- Les nouvelles directives de la Société clinique européenne de lutte contre le SIDA (EACS) recommandent le traitement antirétroviral pour tous
- Une nouvelle formulation de ténofovir améliore son innocuité
- Les risques de crises cardiaques augmentent avec la durée de l'infection, indépendamment de l'âge
- Sous études de START
- L'hépatite C et la mortalité: Est-ce que le traitement guéri tout?
- L'inhibiteur de maturation de BMS
- EACS 2017
- Futurs congrès: inscrivez-vous pour recevoir nos bulletins
- Soutenez notre travail

Donate

Les nouvelles directives de la Société clinique européenne de lutte contre le SIDA (EACS) recommandent le traitement antirétroviral pour tous

Le groupe présentant les directives de traitement à EACS 2015. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

Les nouvelles directives de l'European AIDS Clinical Society (Société clinique européenne de lutte contre le SIDA), publiées la semaine dernière pendant le 15ème congrès européen sur le SIDA, alignent l'Europe avec le reste du monde en recommandant pour tous les patients le traitement anti-VIH dès le diagnostic.

Les directives recommandent le ténofovir et l'emtricitabine (*Truvada*) ou l'abacavir/lamivudine (*Kivexa*) à la base des traitements antirétroviraux de première ligne.

Les directives recommandent six traitements de première ligne. Quatre d'entre eux utililsent des inhibiteurs d'intégrase comme troisième médicament (*Truvada* plus dolutégravir, *Truvada* plus raltégravir, la pilule combinée *Triumeq* (du *Kivexa* avec du dolutégravir) et la pilule combinée *Stribild* (du *Truvada* avec de l'elvitégavir potentialisé). Elles recommandent également une pilule à base d'INNTI *Complera/Eviplera* (du *Truvada* avec de la rilpivirine) et le traitement à base d'inhibiteur de protéase (*Truvada* avec du darunavir potentialisé au ritonavir).

Une recommandation positive sur la prophylaxie pré-exposition (PrEP) représente également un

changement dans les nouvelles directives, ce qui les aligne avec les directives américaines, l'Organisation mondiale de la santé et les directives de l'association britannique BHIVA. La PrEP est "recommandée" pour "les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et pour les personnes transgenres qui n'utilisent pas toujours systématiquement des préservatifs avec leurs partenaires occasionnels ou avec les partenaires séropositifs qui ne sont pas sous traitement", et la PrEP "pourrait être considérée" pour les "hommes et les femmes hétérosexuels" qui n'utilisent pas toujours systématiquement des préservatifs et sont susceptibles d'avoir des partenaires séropositifs qui ne sont pas sous traitement.".

Les directives soulignent que la PrEP est une intervention médicale susceptible d'avoir des effets secondaires, qu'elle ne protège pas contre les autres infections sexuellement transmissibles, qu'il « se peut qu'elle ne protège pas totalement contre le VIH » et qu'elle doit être prescrite et surveillée par un médecin ayant de l'expérience dans le domaine de la santé sexuelle.

Les directives recommandent que la PrEP soit prescrite en traitement quotidien ou intermittent. Dans le cas du traitement intermittent, il faut qu'elle soit prise comme dans l'étude Ipergay (une dose double dans les 24h précédant un rapport sexuel, suivi d'une dose chaque jour pendant les deux jours suivant les rapports sexuels).

L'EACS a également changé ses recommandations sur la prophylaxie post exposition (PPE). Les directives ne recommandent plus la PEP si le partenaire séropositif a une charge virale indétectable, un changement qui les met enfin en harmonie avec BHIVA, et EACS recommandent également le *Truvada* avec du darunavir/ritonavir ou du raltégravir en traitement.

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

Téléchargez les directives européennes sur le site de l'EACS

Une nouvelle formulation de ténofovir améliore son innocuité

Bart Rijnders, présente à EACS 2015. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

Des recherches présentées au congrès européen contre le SIDA la semaine dernière ont montré une meilleure innocuité pour une association contenant une nouvelle formulation de ténofovir qui a reçu l'approbation scientifique nécessaire à sa commercialisation dans l'Union européenne.

Le ténofovir alafenamide (TAF) de Gilead est une nouvelle formulation de prodrogue qui transmet l'agent actif aux cellules infectées par le VIH de façon plus efficace que la formulation actuelle de ténofovir disoproxil (*Viread*, également présent dans le *Truvada,* l'*Atripla*, l'*Eviplera* et le *Stribild*). Le ténofovir est en général bien toléré et sans danger mais il peut entrainer une petite perte osseuse après l'initiation du traitement et peut provoquer des troubles rénaux chez les personnes sensibles.

Un rapport sur des essais randomisés de phase III de ténofovir alafenamide en association avec de l'elvitégravir, du cobocostat et de l'emtricitabine a montré qu'après 96 semaines, la perte de densité osseuse était moindre chez les personnes qui prenaient du TAF et qu'il y avait moins de cas graves de toxicité rénale que chez les personnes qui prenaient l'ancienne formulation de ténofovir dans le cadre de la même association médicamenteuse. Il n'y avait

aucune différence dans le taux de suppression virologique.

Une autre étude présentée au congrès a constaté que les personnes qui passaient de l'atazanavir/ritonavir et ténofovir/emtricitabine au ténofovir alafénamide en association avec de l'elvitegravir, du cobicistat et de l'emtricitabine ont vu leur densité minérale osseuse s'améliorait de façon significative et il y a également eu quelques indications d'une amélioration de la fonction rénale.

En se fondant sur ces résultats favorables jusqu'à présent, Gilead a demandé l'approbation des autorités américaines et européenne d'un traitement à pilule unique d'elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/TAF qui sera commercialisé sous le nom de *Genvoya*. Le comité scientifique de l'agence européenne des médicaments a approuvé *Genvoya* en septembre et une approbation pour la commercialisation est attendue dans les prochains mois. L'Administration américaine pour le contrôle des produits alimentaires et des médicaments prendra sa décision en novembre.

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

Les risques de crises cardiaques augmentent avec la durée de l'infection, indépendamment de l'âge

Dix ans après avoir contracté le VIH, une personne séropositive a environ deux fois plus de risques de crise cardiaque que quelqu'un qui vient juste de contracter le VIH, quel que soit leur âge au moment de la séroconversion, après avoir pris en compte les effets du vieillissement, a montré une analyse de 18 468 personnes séropositives.

L'étude a été réalisée par CASCADE en collaboration avec EuroCoord, et a examiné huit cohortes en Europe et en Amérique du Nord. Elle a été conçue pour examiner la contribution du VIH et de l'immunosuppression sur les risques de crises cardiaques chez les personnes séropositives, indépendamment du traitement antirétroviral ou des facteurs de risques connus. Le VIH à long terme peut augmenter les risques de crise cardiaque en provoquant une inflammation mais les études antérieures n'ont pas cherché à savoir si la durée de l'infection (le nombre d'années de séropositivité pour une personne) avait un effet sur les risques de crise

cardiaque. Des études antérieures ont montré que l'exposition à certains médicaments (indinavir, lopinavir/ritonavir et le traitement actuel à l'abacavir) est associée à une augmentation des risques de crise cardiaque.

L'étude a montré que la durée de l'infection au VIH était un des facteurs prédictifs les plus importants d'une crise cardiaque, après avoir pris en compte l'âge et le type de traitement antirétroviral, quel que soit le taux de la charge virale. Une immunosuppression sévère toutefois a fait augmenter les risques. Un taux de cellule CD4 inférieur à 100 était associé à quatre fois plus de risques par rapport à un taux de cellules CD4 supérieur à 100.

Alexandra Lyons de University College à Londres, en présentant les résultats, a conclu que les directives sur la gestion des risques de troubles cardiovasculaires devraient considérer la durée de l'infection comme un facteur de risque indépendant et qu'il fallait accentuer la nécessité de faire face aux facteurs de risques tels que l'alimentation, le tabagisme et l'exercice chez les personnes qui vivaient avec le VIH depuis longtemps, quel que soit leur âge.

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

Sous études de START

Jennifer Hoy, présente à EACS 2015. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

L'essai START a été conçu pour répondre aux questions concernant le meilleur moment pour commencer le traitement anti-VIH, particulièrement pour les personnes qui ont toujours un taux de cellules CD4 élevé. L'essai a randomisé les personnes ayant un taux de cellules CD4 supérieur à 500 pour recevoir un traitement immédiat ou un traitement différé.

Les participants qui ont commencé le traitement antirétroviral peu de temps après leur diagnostic dans la grande étude START ont une diminution plus importante de la densité osseuse de la hanche et de la colonne vertébrale par rapport aux personnes qui ont retardé le traitement, ont rapporté les chercheurs pendant une session commune du 15ème congrès européen sur le SIDA et du 17ème atelier sur les comorbidités et les réactions indésirables aux médicaments anti-VIH. Il n'y a eu cependant aucune différence significative entre les risques de fractures, et deux autres sous études de START n'ont constaté aucune différence dans la fonction pulmonaire ou les performances neuropsychologiques entre les personnes randomisés pour prendre le traitement immédiatement ou pour prendre le traitement plus tard.

Commencer le traitement antirétroviral avant le développement de dommages immunitaires importants réduit considérablement les risques de progression du VIH et les risques de décès, mais le traitement précoce a aussi des désavantages, comme par exemple une exposition prolongée aux médicaments toxiques. Etant donné que le ténofovir et les inhibiteurs de protéase sont associés à une diminution de la densité minérale osseuse, les chercheurs de START ont cherché à déterminer si l'initiation plus précoce du traitement augmentait les risques de perte osseuse dans une sous-étude constituée de 193 personnes randomisées pour prendre le traitement précoce et de 204 personnes dans un groupe de traitement différé.

La densité osseuse de la colonne vertébrale a chuté au cours de la première année de traitement dans le groupe de traitement immédiat puis s'est stabilisée. La densité minérale osseuse totale de la hanche a continué de chuter dans les deux groupes de l'étude, mais le pourcentage de perte était plus élevé dans le groupe de traitement immédiat par rapport au groupe de traitement différé. Ces différences étaient significatives d'un point de vue statistique.

Il n'y avait pas de différences dans le développement de l'ostéoporose ou le nombre de fractures.

Le seul facteur de traitement associé de façon significative à une perte minérale osseuse était le traitement avec un inhibiteur de protéase.

Un taux de cellules CD4 plus faible était associé à une plus grosse perte osseuse dans la colonne vertébrale, alors qu'une période plus longue depuis le diagnostic de VIH était le facteur le plus important pour la perte osseuse au niveau des hanches.

Ken Kunisaki, présente à EACS 2015. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

D'autres sous-études associées, issues de l'essai START, ont examiné les changements dans le domaine de la fonction pulmonaire et la fonction neurocognitive. L'étude de la fonction pulmonaire a cherché à déterminer si les risques de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ont augmenté à la suite du traitement précoce. Des études observationnelles ont indiqué que les personnes séropositives étaient plus à risque de MPOC, mais les données sont contradictoires quant à l'association du traitement antirétroviral à un risque plus élevé.

L'étude n'a pas trouvé de différences dans le déclin de la fonction pulmonaire entre le groupe de traitement immédiat et le groupe de traitement différé, qu'ils soient fumeurs ou pas.

La sous étude neurocognitive a examiné si le traitement précoce a des conséquences sur les performances neurocognitives : la mémoire, la concentration, la capacité à analyser les informations et à agir en conséquence. Il y a quelques indications dans des études de cohortes de diminutions modestes des performances neurocognitives bien en deçà de la démence du SIDA chez les personnes à un stade plus avancé de la maladie, et on a suggéré que le traitement commencé plus tôt pourrait empêcher ces changements.

La sous-étude neurocognitive n'a pas montré « d'avantages ou de désavantages neurocognitifs généraux au traitement antirétroviral immédiat chez les personnes asymptomatiques n'ayant jamais suivi de traitement et ayant un taux de cellules CD4 élevé. » ont dit les chercheurs. Ces résultats suggèrent qu'il existe à la fois une faible incidence de troubles cognitifs dus aux traitement qui pourraient être évités dans cette population et une faible incidence de déclins cognitifs en l'absence de traitement, et qu'il n'y avait aucune preuve de neurotoxicité ».

Liens associés

Pour en lire plus sur la sous-étude de la densité minérale osseuse sur aidsmap.com

Pour en lire plus sur les sous études de la fonction pulmonaire et les fonctions neurocognitives sur aidsmap.com

L'hépatite C et la mortalité: Est-ce que le traitement guéri tout?

Lars Peters, présente à EACS 2015. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

Le traitement de l'hépatite C qui conduit à une réponse virologique soutenue (RVS), généralement considérée comme une guérison, est associé à une réduction des risques de

décès associés au foie et améliore la survie globale d'après l'analyse de 3500 personnes coinfectées à l'hépatite C et au VIH, présentée au congrès.

Une étude associée a constaté que si certains évènement hépatiques diminuent au fil du temps, les cancers du foie restent un risque pour les personnes coinfectées.

Des recherches antérieures ont montré qu'une réponse soutenue au traitement de l'hépatite C est associée à une réduction de la mortalité parmi les personnes séronégatives ayant une hépatite C. Les avantages du traitement chez les personnes coinfectées pourraient être plus importants étant donné la progression plus rapide de la fibrose, ou moins puisqu'ils sont plus susceptibles de mourir d'autres causes "concurrentes".

Une analyse de 18 cohortes européennes de personnes coinfectées au VIH et à l'hépatite C, menée par COHERE (Collaboration de la recherche observationnelle épidémiologique du VIH en Europe), qui se portait sur toutes les personnes ayant commencé un traitement à base d'interféron contre l'hépatite C et qui avaient été suivies pendant au moins 96 semaines, a constaté que les personnes qui répondaient au traitement étaient moins susceptibles de mourir de causes liées au foie ou d'autres causes.

Une autre étude de quatre cohortes de personnes coinfectées traitées et non traitées, a constaté que si les évènements hépatiques non cancéreux avaient diminué depuis 2003-4, l'incidence des cancers du foie avait continué d'augmenter d'environ 11% par an. La cirrhose prédisait fortement le développement d'un cancer du foie, multipliant les risques par treize.

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

L'inhibiteur de maturation de BMS

Carey Hwang, présente à EACS 2015. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

L'inhibiteur de maturation de nouvelle génération de Bristol-Myers Squibb, BMS-955176, a démontré une bonne activité antivirale contre le VIH, de sous-type B et C, dans une courte étude de validation de principe et semble être sans danger et bien toléré, d'après les résultats présentés au congrès.

Les traitements antirétroviraux efficaces combinent des agents qui visent des cibles différentes du cycle de vie du VIH mais aucun des médicaments actuellement approuvés n'interfère avec l'assemblée virale, la maturation et la libération des cellules hôtes. Ce type de médicaments pourrait offrir une option de traitement importante pour les personnes séropositives qui ont un VIH résistant aux classes d'antirétroviraux existants.

Une étude de phase 2 présentée au congrès a montré qu'un inhibiteur expérimental de maturation, associé à de l'atazanavir (avec ou sans ritonavir), réduisait la charge virale au même degré qu'une association de ténofovir/emtricitabine et atazanavir (avec ou sans ritonavir). Dans une étude de monothérapie variant les doses, un traitement de courte durée au BMS-955176 était en général sans danger et bien toléré, sans décès, événements indésirables graves ou abandons du traitement pour cause d'effets indésirables. Les effets secondaires les plus communs étaient des maux de tête et des rêves anormaux. Une hyperbilirubinémie associée à l'atazanavir était l'effet secondaire le plus fréquent dans la phase « multithérapie » de l'étude.

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

EACS 2017

Le congrès européen de lutte contre le SIDA 2017 aura lieu à Milan, en Italie, du 25 au 28 Octobre 2017. Restez informé sur le congrès sur le site du 16ème congrès européen de lutte contre le SIDA.

Futurs congrès: inscrivez-vous pour recevoir nos bulletins

Inscrivez-vous pour recevoir les bulletins des congrès à venir, dont:

- CROI 2016 (Février)
- AIDS 2016 (Juillet)

Inscrivez-vous pour recevoir nos bulletins d'actualité mensuels sur l'hépatite virale d'Infohep.org, également publiés par l'équipe d'aidsmap.com, y compris la couverture du Congrès américain sur le foie (American Liver Meeting) (Novembre 2015) et le Congrès international sur le foie (EASL) (Avril 2016)

Liens associés

Inscrivez-vous à nos bulletins électroniques réguliers

Inscrivez-vous au bulletin mensuel d'infohep.org

Téléchargez l'app des nouvelles d'aidsmap (Android ou iPhone)

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 associés

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 coverage of the 15th European AIDS Conference has been made possible thanks to support from the European AIDS Clinical Society (EACS), Bristol-Myers Squibb, Gilead, Merck & Co., Inc., and ViiV Healthcare.

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/