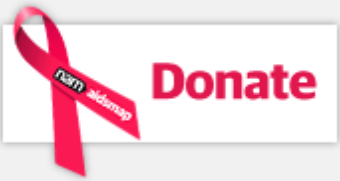
Difficultés pour lire ce message? Lisez-le dans votre navigateur

Mercredi 4 mars 2015

Table des matières

- Risques élevés de maladie rénale avec certains antirétroviraux
- Les incitations financières n'ont pas aidé la cascade du traitement dans les villes américaines
- Le cancer, le cancer du poumon et le tabagisme
- Retarder le traitement contre l'hépatite C conduit au cancer du foie et au décès
- Des questions sur le maraviroc en PrEP
- BMS-663068, une nouvelle molécule pour les personnes habituées au traitement
- L'actualité sur aidsmap.com
- Soutenez notre travail



Risques élevés de maladie rénale avec certains antirétroviraux

Photos de CROI 2015, de Robb Cohen www.RobbsPhotos.com. Remerciements à International Antiviral Society-USA

Trois médicaments antirétroviraux sont associés avec le temps à une augmentation progressive du taux de maladies rénales, d'après une analyse de la cohorte d'observation D:A:D. Ce sont le ténofovir, l'atazanavir potentialisé et le lopinavir potentialisé.

Les chercheurs sont examinés les risques de maladies rénales chroniques (taux estimé de

filtration glomérulaire inférieur à 60ml/minute) chez les individus qui avaient une fonction rénale normale au moment de l'entrée dans la cohorte. Le taux estimé de filtration glomérulaire est une mesure indirecte de la quantité de sang filtré par les reins par minute et une analyse utilisée pour évaluer la fonction rénale. Les données se rapportant à 23 560 personnes sur une période de 8 ans ont été inclues.

Dans l'ensemble, les risques étaient faibles: moins de 1% des participants (210 personnes) ont développé une maladie rénale chronique.

Comme on s'y attendait, plusieurs facteurs étaient associés à une maladie rénale: l'âge, l'hypertension, l'hépatite C, le diabète, une maladie cardiovasculaire, des antécédents de taux de cellules CD4 faibles et des antécédents de toxicomanie.

Mais, l'utilisation de certains antirétroviraux était également associée à une augmentation des risques au fil du temps. L'incidence était de 2,2% après six ans de traitement au ténofovir, 4% après six ans de traitement à l'atazanavir potentialisé et 4% après six ans de lopinavir potentialisé.

Après un ajustement prenant en compte les autres facteurs de risques, chaque année de traitement au ténofovir était associée à une augmentation de 12% des risques relatifs, chaque année de traitement à l'atazanavir à une augmentation de 27% et chaque année de traitement au lopinavir potentialisé à une augmentation de 16%.

En revanche, l'abacavir n'a pas été associé à une augmentation des risques, et les autres inhibiteurs de protéase non plus. Cependant, il n'y avait pas suffisamment de données pour examiner les autres médicaments individuellement.

Bien que les maladies rénales chroniques restent relativement rares et qu'elles soient surtout influencées par les facteurs de risques traditionnels plutôt que par les antirétroviraux, les médecins prendront probablement ces données en compte pour choisir les antirétroviraux, en particulier pour les personnes qui ont d'autres facteurs de risques pour les troubles rénaux.

Liens associés:

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

Webcast de cette présentation

Les incitations financières n'ont pas aidé la cascade du traitement dans les villes américaines

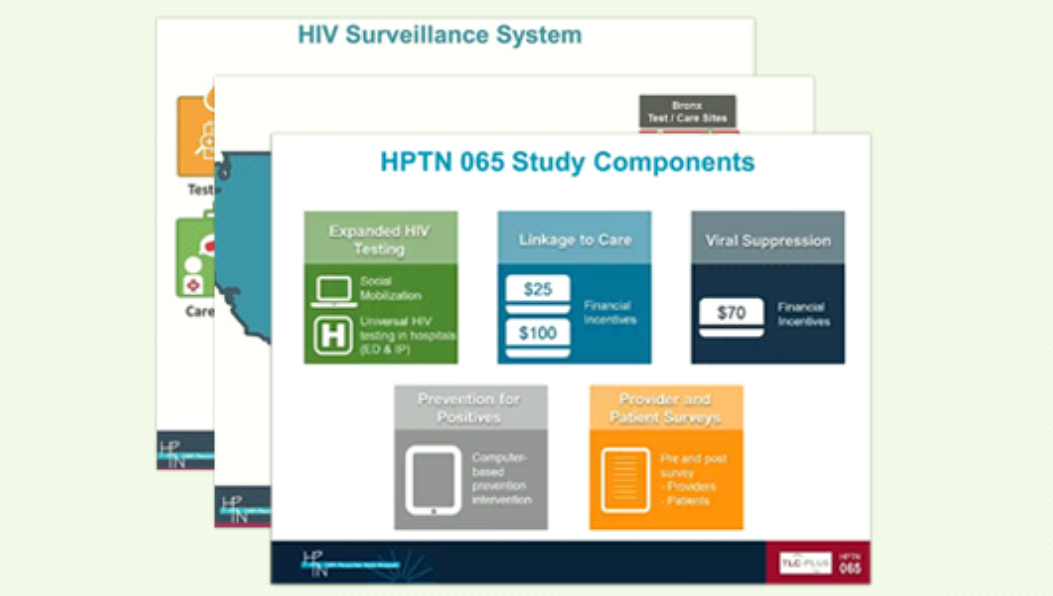


Photo de la présentation de Wafaa el-Sadr, à CROI 2015.

Une étude américaine qui a offert des incitations financières aux patients pour qu'ils se présentent dans les établissements de soins après le dépistage, pour qu'ils continuent de se faire traiter et pour qu'ils maintiennent une charge virale indétectable n'a pas atteint ses objectifs principaux avec la plupart des patients. Mais l'intervention a amélioré les résultats dans les services plus petits et moins performants, a été avisée la conférence.

Les incitations financières s'étaient précédemment montrées efficaces pour engager les consommateurs de drogue dans les services de soins. Les incitations financières ont également amélioré les résultats dans certaines études africaines.

L'étude a été menée dans deux zones urbaines en proie à la pauvreté et les problèmes sociaux: Washington DC et le Bronx à New York. Plusieurs douzaines de centres de dépistage et de prestataires des services de santé VIH ont été randomisés pour continuer à offrir leurs services de soins habituels, ou pour offrir des incitations financières. Les individus qui venaient de faire un test de dépistage positif recevaient 25USD s'ils se présentaient dans les trois mois qui suivaient dans un établissement de soins pour une prise en charge, avec 100USD supplémentaires s'ils complétaient un plan de soins avec leur médecin. Ils recevaient par la suite 70USD tous les trois mois s'ils continuaient à se présenter aux soins et avaient une charge virale refoulée.

Cependant, les incitations financières n'ont fait aucune différence statistiquement sur la proportion de personnes se présentant aux soins dans les trois mois, ou sur la proportion de personnes dont la charge virale est refoulée. Il y a eu une petite (8%) augmentation statistiquement significative dans la proportion des patients qui se sont présentés à au moins 4 visites sur 5 à la clinique.

Les améliorations les plus importantes ont été observées dans les services qui avaient auparavant des résultats très médiocres; des services qui avaient tendance à être petits et mal financés. Les chercheurs pensent que les incitations financières peuvent encore jouer un rôle pour améliorer la cascade de traitement dans certains endroits et parmi certaines populations.

Liens associés:

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

Webcast de cette présentation

Le cancer, le cancer du poumon et le tabagisme

Photo de groupe comprenant Elizabeth Yanik et Matthias Egger, à CROI 2015. Photo de: Robb Cohen www.RobbsPhotos.com.

L'incidence des cancers est très élevée parmi les américains séropositifs âgés de plus de 65ans, malgré l'utilisation généralisée du traitement antirétroviral, selon des données présentées à la CROI. Les risques de cancer sont peut être liés à la fois au VIH et à l'âge

Les chercheurs ont recueilli des données auprès des 5% de personnes utilisant Medicare (le service national d'assurance-maladie pour les personnes âgées de 65 ans ou plus au Etats-Unis) entre 2002 et 2009, avec les données corrélées provenant d'un registre des cancers. Il existait des données sur plus de 450 000 personnes, y compris plusieurs centaines d'individus séropositifs.

Dans l'ensemble, 10,2% des personnes séropositives plus âgées ont eu un cancer dans les cinq ans. En termes absolus, le plus grand nombre de cancers étaient des cas de cancer de la prostate et des cancers du poumon. Le taux de cancers de la prostate n'était pas plus élevé chez les hommes séropositifs que chez les autres hommes.

En revanche, le taux de certains cancers était significativement plus élevé chez les personnes séropositives que chez les autres personnes. Ceci c'appliquait à la fois aux cancers indicatifs de SIDA (par exemple le lymphome non-Hodgkinien, rapport des risques 3,0, et le sarcome de Kaposi, rapport des risques 79,2) et aux autres cancers déjà signalés comme étant plus fréquents chez les jeunes séropositifs (par exemple cancer anal, rapport des risques 32,4, et cancer des poumons, rapport de risques 1,5).

Une deuxième étude a analysé le taux des cancers chez plus de 39 000 américains séropositifs, à l'exclusion des cancers indicatifs de SIDA. Près de 600 participants à l'étude ont eu un cancer non indicatif de SIDA sur une période de dix ans, le cancer des poumons étant le plus fréquent. Les chercheurs ont voulu calculer combien de cancers non indicatifs de SIDA peuvent être attribués au tabagisme plutôt qu'à d'autres facteurs de risques associés au VIH (la fraction attribuable de la population).

Ils ont constaté que 37% des cancers auraient été évités si les personnes séropositives avaient le même taux de tabagisme que la population générale. Le tabagisme était de loin le facteur modifiable de risques le plus important: plus que d'éviter une suppression immunitaire inférieure à 200 cellules CD4/mm^3, une charge virale détectable ou une hépatite.

Patrick Mercie présente à CROI 2015. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

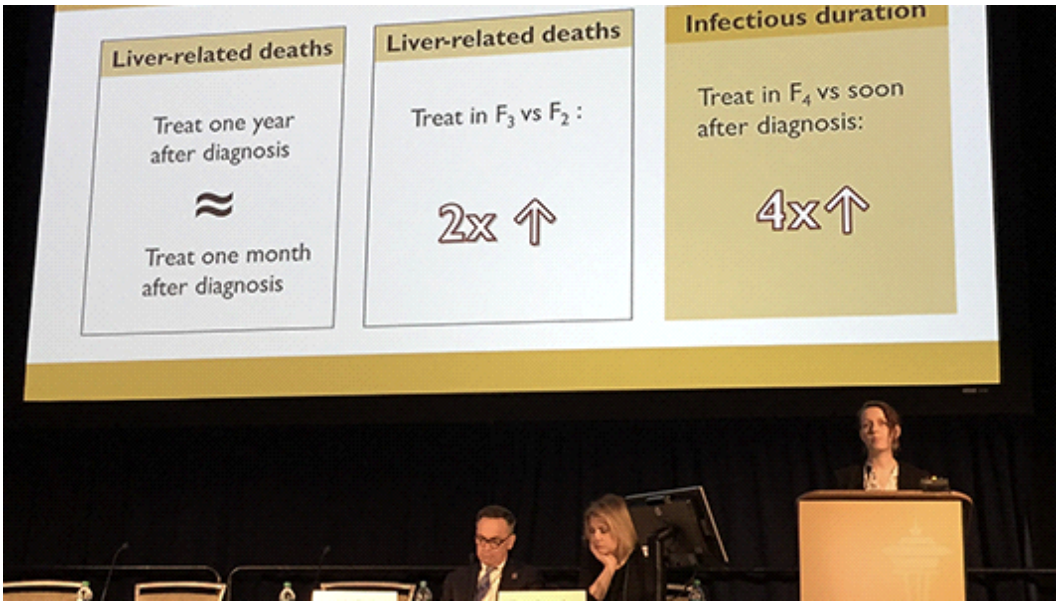
Si cette étude souligne l'importance des programmes qui aident les personnes séropositives à arrêter de fumer, les résultats d'une étude randomisée sur les comprimés de varenicline (*Champix/Chantix*) pour arrêter de fumer ont été présentés à la conférence. Des fumeurs séropositifs vivant en France ont reçu de la varenicline ou un placebo pendant douze semaines, en association avec des conseils pour arrêter de fumer.

Le médicament a aidé de façon significative plus de personnes à arrêter de fumer, mais après 48 semaines, seul 17,2% des individus ne fumaient toujours pas, par rapport à 7,2% des individus sous placebo. Le taux était comparable à celui observé chez les personnes séronégatives utilisant la varenicline, le bupropion (*Zyban*, *Wellbutrin*), les produits de remplacement de la nicotine, tels que les patchs, ou le counselling de lui-même. Aucune intervention ne s'est montrée efficace chez plus d'un quart ou du tiers des individus qui l'utilisent. L'association des interventions peut se montrer plus efficace qu'une seule méthode utilisée seule.

Liens associés:

- Lisez en anglais "Study finds high rates of cancer among older people living with HIV" (une étude observe un taux élevé de cancers chez les personnes âgées séropositives)
- Webcast de cette présentation
- Lisez en anglais "Smoking is the biggest risk factor for non-AIDS-defining cancers in people living with HIV" (le tabagisme est le facteur de risques le plus important des cancers non-indicatifs de SIDA chez les personnes séropositives)
- Webcast de cette présentation
- Lisez en anglais "Varenicline helps people with HIV stop smoking, but success rate remains low" (La Varenicline aide à arrêter de fumer mais le taux de succès reste faible)
- Webcast de cette présentation

Retarder le traitement contre l'hépatite C conduit au cancer du foie et au décès



Cindy Zahnd présente à CROI 2015. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com.

Si les personnes atteintes d'une hépatite C et d'une co-infection retardent la prise de traitement contre l'hépatite C jusqu'à ce qu'elles aient une maladie du foie avancée, elles restent à risque de complications liées au foie et de décès, selon une étude de modélisation.

Pendant l'ère de traitement à base d'interféron pour l'hépatite C, les experts ont en général recommandé aux patients de retarder le traitement jusqu'à la progression de la maladie du foie. Bien que les nouveaux traitements contre l'hépatite C soient plus efficaces et aient moins d'effets secondaires, leur coût élevé a conduit à des restrictions sur leur utilisation, et certaines assurances et prestataires publics ne prennent le traitement en charge que pour les patients les plus malades.

Le modèle mathématique a été basé sur les données issues des hommes qui ont des rapports avec des hommes en Suisse.

Il a constaté que si le traitement avec les médicaments les plus récents avait commencé dans l'année qui suivait le diagnostic, 2% des patients finiraient par avoir un carcinome hépatocellulaire (CHC), un type de cancer du foie, et 3% mourraient de complications liées au foie. Il n'y avait aucun bénéfice à commencer le traitement dans le mois qui suivait le diagnostic plutôt que dans l'année.

Par contre, si le traitement était retardé jusqu'à ce que les patients souffrent d'une fibrose du foie grave (stade F3), 8% auraient un carcinome hépatocellulaire et 10% mouraient de complications hépatiques. De plus, un retard jusqu'à la cirrhose du foie (stade F4) augmenterait ces proportions jusqu'à 20 et 25% respectivement.

Il faut noter que les risques d'évènements graves ne tombaient pas à zéro, même après un traitement réussi avec les traitements modernes. La plupart des évènements se produiraient après la guérison des patients qui avaient précédemment soufferts d'une fibrose grave ou d'une cirrhose.

Les retards dans la prise du traitement auraient également des conséquences sur la période pendant laquelle les patients sont contagieux. Cette période se monterait à 5 ans chez les personnes traitées dans l'année, à plus de 15 ans si le traitement était retardé jusqu'à une fibrose grave, et à près de 20 ans s'il était retardé jusqu'à une cirrhose.

Ces résultats soutiennent l'initiation précoce du traitement, avant que le foie ne soit significativement endommagé. Mais une deuxième étude suggère que pour l'instant, près de la moitié des américains vivant avec une hépatite C ont une fibrose grave ou une cirrhose. Ces cas sont concentrés dans la génération du "baby boom", qui ont actuellement entre 50 et 70 ans.

Liens associés:

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

Webcast de cette présentation

Des questions sur le maraviroc en PrEP

Julie Fox présente à CROI 2015. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com.

Alors que la plupart des études sur la PrEP (prophylaxie pré-exposition) ont porté sur le ténofovir/emtricitabine (Truvada), les chercheurs explorent d'autres agents antirétroviraux sous diverses formes (pilules, gels, anneaux vaginaux).

En particulier, le Maraviroc en comprimé *(Celsentri/Selzentry),* un inhibiteur d'entré, est actuellement testé dans un essai de phase 2. Le Maraviroc pourrait être une option intéressante car il agit à un stade précoce, en empêchant le VIH de se fixer au corécepteur CCR5, généralement utilisé par le VIH pour pénétrer les cellules. D'autres antirétroviraux entravent la réplication virale après que le VIH ait pénétré la cellule.

En outre, on espère que les nouvelles formulations de PrEP puissent atteindre un taux élevé dans les tissus vaginaux et rectaux après une seule dose. Ceci permettrait d'avoir une PrEP en fonction des évènements, une PrEP sur demande.

Cependant, la conférence a été avisée des résultats d'une étude de laboratoire, qui a montré qu'une dose unique n'était pas suffisante. Quelques heures après la prise de Maraviroc, des échantillons de tissus du rectum et du vagin ont été prélevés par biopsie et ont été exposés au VIH.

Bien qu'une concentration élevée du médicament dans les tissus ait été observée pendant quatre heures après la prise, celle-ci a chuté peu de temps après et surtout, l'effet antiviral protecteur a été limité.

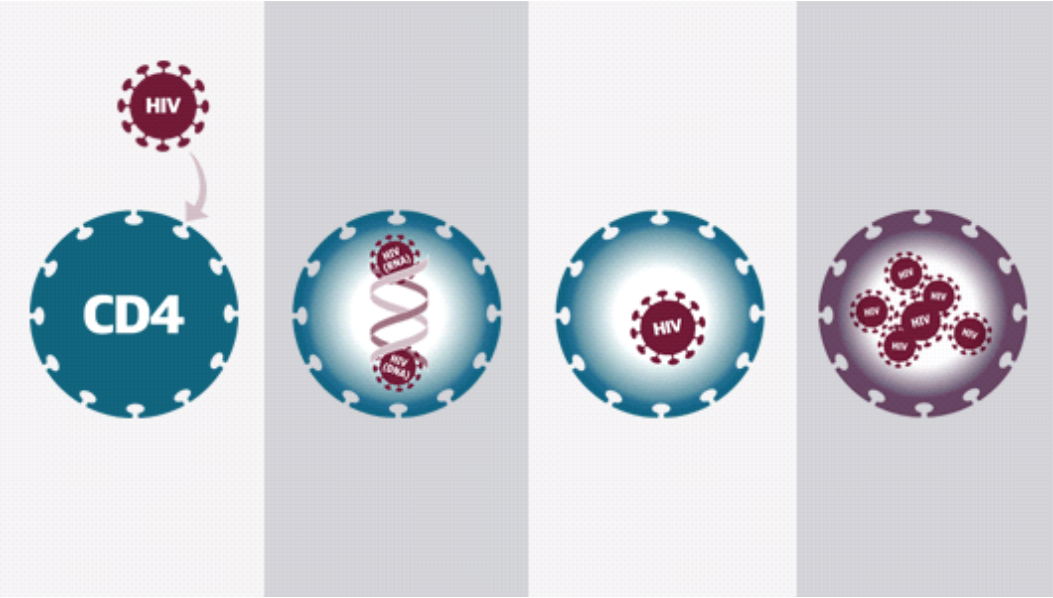
Cependant, certains chercheurs se demandent si ces analyses de laboratoire représentent un guide fiable de la performance réelle chez des personnes vivantes. Et l'étude ne peut pas nous dire s'il existe une protection après des doses multiples de Maraviroc.

Liens associés:

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

Webcast de cette présentation

BMS-663068, une nouvelle molécule pour les personnes habituées au traitement



Détail du prospectus de NAM sur le fonctionnement du traitement, montrant plusieurs étapes du cycle de vie du VIH ciblées par les médicaments antirétroviraux.

Les résultats encourageants d'une étude de phase2b après 48 semaines sur la molécule de Bristol-Myers-Squibb BMS-663068 (fortemsavir) ont été présentés à la CROI.

La molécule appartient à une nouvelle classe de médicaments, les inhibiteurs d'attachement. BMS-663068 s'attache directement sur la protéine gp120 qui fait partie des pointes sur la surface extérieure du VIH, ce qui empêche l'attachement viral et l'entrée dans les cellules CD4. Les bloqueurs du CCR5 comme le Maraviroc (*Celsentri*/*Selzentry*) et les inhibiteurs de fusion, comme l'enfuvirtide (*Fuzeon*) fonctionnent à des étapes ultérieures; BMS-6630698 est actif indépendamment du corécepteur utilisé par la souche de VIH (CCR5 ou CXXR4).

L'étude a recruté 254 personnes habituées au traitement, la grande majorité desquelles avaient eu des problèmes de résistance aux médicaments et des échecs de traitement de première ou deuxième ligne. Deux participants sur cinq avaient un taux de cellules CD4 inférieur à 200 cellules/mm^3. Etant donnée le recrutement dans de nombreux pays aux revenus modérés, beaucoup plus de femmes, d'hommes noirs et d'individus aux sous-types de VIH autres que B ont participé par rapport à d'autres études.

Les participants ont été randomisés pour recevoir le BMS-663068 (une des 4 doses différentes à prendre une fois ou deux fois par jour), en association avec du raltégravir et du ténofovir. Les participants du groupe de contrôle ont pris de l'atazanavir potentialisé au ritonavir, du raltégravir et du ténofovir.

Après 48 semaines, le taux de réponses était similaire: entre 61 et 82% des personnes prenant le BMS-663068 ont eu une charge virale indétectable (avec des variations selon la posologie suivie), par rapport à 71% dans le groupe d'atazanavir. La nouvelle molécule était en général sans danger et a été bien tolérée à toutes les doses testées.

L'analyse des interactions médicamenteuses possibles suggère que BMS-663068 peut être pris sans danger avec le darunavir et/ou l'etravirine, sans avoir besoin d'ajuster les doses. Ces médicaments sont beaucoup utilisés chez les personnes habituées au traitement.

Liens associés:

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

L'actualité sur aidsmap.com

Nous espérons que vous avez trouvé utile nos reportages de CROI 2015.

Vous pouvez consulter tous nos reportages en ligne sur www.aidsmap.com/croi2015 dont:

- Tous nos articles
- Nos bulletins sur la conférence en anglais, français, espagnol, portugais, italien and russe
- Les nouvelles provenant d'autres sources, sélectionnées par notre rédaction.
- Une sélection de tweets de la conférence.

Veuillez partager les liens et les informations avec vos collègues et dans vos réseaux.

Et nous vous rappelons que nous publions les nouvelles toute l'année et que vous pouvez rester en contact avec nous en:

- Vous inscrivant à nos bulletins électroniques réguliers, tels que *les dernières actualités sur la prévention du VIH: Europe* (une fois par mois et en français), ou *HIV update* en anglais
- Téléchargeant l'app d'aidsmap pour iPhone ou android
- Nous retrouvant sur Facebook ou en nous suivant sur Twitter

Liens associés:

www.aidsmap.com/croi2015

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 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/