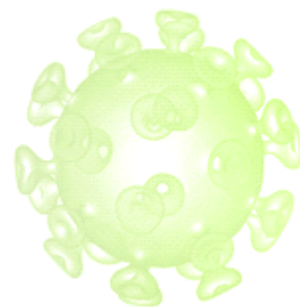


CROI 2017

Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes

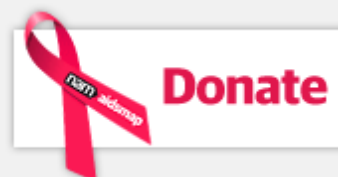
Seattle, Etats-Unis, 13-16 février 2017



Vendredi 17 février 2017

Table des matières

- | [Un vaccin espagnol déclenche un contrôle viral lorsque le traitement antirétroviral est arrêté chez presque 40% des personnes vaccinées](#)
- | [Un cas unique d'échec de la PrEP sans pharmacorésistance](#)
- | [Le traitement de l'hépatite C en prévention réduit de moitié le nombre de nouvelles infections](#)
- | [La tabagie, les cancers et les crises cardiaques](#)
- | [De bons résultats avec une trithérapie contre la tuberculose ultra-résistance](#)
- | [Comment faudrait-il fournir les services d'autodépistage ?](#)
- | [Tableau des médicaments antirétroviraux](#)
- | [Soutenez notre travail](#)



Un vaccin espagnol déclenche un contrôle viral lorsque le traitement antirétroviral est arrêté chez presque 40% des personnes vaccinées



Un vaccin candidat, dit "HIV Conserv" a pour la première fois produit un contrôle prolongé de la charge virale significatif chez une grande minorité de récipiends une fois qu'ils arrêtaient le traitement antirétroviral. Pour l'instant, un participant est resté sans traitement antirétroviral pendant sept mois sans avoir besoin de le recommencer, ont été avisés hier les délégués du congrès sur les rétrovirus et les infections opportunistes (CROI 2017) à Seattle.

Bien que plusieurs études de vaccins sur les singes aient produit une suppression virale à long-terme, c'est la première étude humaine qui a eu ce résultat.

Les vaccins HIV Conserv contiennent certains antigènes du VIH (une série de protéines ou de gènes qui stimulent le système immunitaire) qui sont très stables. Très stables signifie que ce sont les parties du VIH que le VIH peut le moins se permettre de changer, et qu'elles varient très peu d'un virus à l'autre.

Le vaccin par conséquent est formé de morceaux de protéines issues de différentes souches de VIH, qui sont assemblés ensemble et produisent une réponse immunitaire au VIH que le virus trouve difficile à éviter. Il ne peut pas se permettre de générer les mutations nécessaires pour éviter les réponses immunitaires car ces mutations l'affaibliraient.

Ceci signifie que le vaccin pousse la réponse anti-VIH des cellules T CD8 de l'organisme de

façon à ce qu'elle devienne plus puissante et moins inefficace, parce que l'organisme ne produit pas de réponses auxquelles le virus peut échapper facilement.

Dans l'étude BCN02 rapportée lors du congrès, 15 personnes ont reçu le vaccin aux semaines 0 et 9. Elles ont toutes reçu trois doses de romidepsine, un médicament qui stimule les cellules infectées de façon latente à produire du VIH. On espérait que ces élans de production de virus renforceraient les réponses immunitaires produites par le vaccin.

Le traitement a été arrêté à la 17ème semaine, dans le cadre de ce qu'on appelle une pause antirétrovirale surveillée. Le traitement était recommencé si il y avait un rebond de la charge virale. Jusqu'à présent 13 personnes ont interrompu leur traitement.

Huit personnes ont eu un rebond rapide de la charge virale, mais cinq personnes ont contrôlé le VIH à des niveaux très faibles pour des périodes allant de 6 à 28 semaines.

« Cette étude est exaltante parce qu'elle est la première à démontrer un contrôle post-traitement, c'est à dire que le virus est présent mais ne rebondit pas une fois que le traitement antirétroviral est arrêté » a dit Sharon Lewin, la directrice de l'Institut Peter Doherty for Infection and Immunity, de l'Université de Melbourne en Australie. “ Cependant, nous devons également être prudents, puisqu'il n'y avait pas de groupe de contrôle et nous ne savons pas quelle est la partie de l'intervention la plus importante”.

Liens associés

[Lire ce rapport dans son intégrité sur aidsmap.com](#)

[Voir le webcast sur le site du congrès](#)

[Consulter nos pages dédiées au congrès sur aidsmap.com](#)

Un cas unique d'échec de la PrEP sans pharmacorésistance



Elske Hoornenborg et Godelieve de Bree à CROI 2017. Photo de Gus Cairns, aidsmap.com

Un homme qui participait à un projet de démonstration sur la PrEP à Amsterdam a acquis le VIH malgré une bonne adhésion à la PrEP et un taux médicamenteux élevé, ont été avisés hier les délégués au congrès sur les rétrovirus et les infections opportunistes (CROI 2017) à Seattle. Contrairement aux quelques cas précédents d'échec de la PrEP, ce cas ne peut pas être expliqué par l'initiation de la PrEP au moment d'une infection aiguë, ou par une exposition à un VIH résistant aux médicaments.

Parmi les milliers d'utilisateurs de PrEP qui ont réussi à prévenir le VIH, il y a eu quelques cas rares de personnes qui ont acquis le VIH. Le cas le plus documenté a été rapporté à CROI l'année dernière.

Le nouveau cas porte sur un homme qui a eu un résultat négatif à ses tests de dépistage au premier mois, au troisième et au sixième mois après avoir commencé la PrEP. Les prélèvements de sang séchés (un bon guide sur l'adhésion du mois précédent) ont suggéré une très bonne adhésion.

Environ huit mois après avoir commencé la PrEP, le participant à l'essai est venu à la clinique en se plaignant d'avoir de la fièvre, des difficultés pour uriner et une inflammation urétrale. Ce

jour là, son test de dépistage a été positif. Les tests de pharmacorésistance n'ont indiqué aucune mutation de résistance, même pas mineure.

Les cliniciens impliqués ont déclaré qu'il s'agissait du premier cas d'infection avec un virus sauvage de type VIH-1 chez une personne ayant un taux intracellulaire documenté de ténofovir disphosphate qui aurait été considéré comme protecteur. C'est le premier indice suggérant que dans de très rares cas, la PrEP pourrait ne pas marcher contre un virus de VIH non-résistant

Certains aspects de ce cas sont intrigants. L'homme avait un modèle de séroconversion atypique, peut-être en raison d'une réponse immunitaire aberrante sous PrEP. Lorsque son test sérologique s'est tout d'abord révélé positif, les tests n'ont pas pu détecter d'antigène p24, d'ARN cellulaire ou d'ADN intégré dans les cellules sanguines ou les tissus rectaux.

L'homme a eu beaucoup de rapports sexuels sans préservatif, ce qui pourrait signifier une exposition répétée au VIH et des lésions aux muqueuses. Il a eu des rapports sexuels sans préservatif, en moyenne, 16 jours par semaine avec 3,7 partenaires par jour pendant ces jours là.

Les chercheurs ont un certain nombre d'hypothèses sur les mécanismes potentiels de ce cas extrêmement rare d'infection malgré la PrEP, mais ils soulignent que toute explication pour l'instant est spéculative.

Liens associés

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

[Téléchargez le poster sur le site du congrès](#)

Le traitement de l'hépatite C en prévention réduit de moitié le nombre de nouvelles infections



Victor Virlogeux et Bart Rijnders à CROI 2017. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

Un an après l'introduction de la politique néerlandaise permettant l'accès libre aux antiviraux à action directe (AAD) pour le traitement de l'hépatite C, [il y a déjà un déclin spectaculaire dans le nombre d'infections aiguës au VHC chez les hommes séropositifs qui ont des rapports avec des hommes](#).

Les nouveaux AAD rendent le traitement de l'hépatite C plus rapide, plus facile et plus efficace. Le traitement rapide de toutes les personnes atteintes du virus de l'hépatite C, particulièrement les personnes les plus à risque de transmettre l'infection, pourrait réduire les transmissions. Mais dans de nombreux pays, l'accès aux nouveaux médicaments a été limité à cause de leurs coûts élevés.

A partir de novembre 2015, tous les individus souffrant d'une co-infection au VIH et à l'hépatite C aux Pays-Bas pouvaient être prescrits les AAD, quel que soit le stade de la fibrose du foie. L'adoption de ce traitement a été rapide, particulièrement chez les personnes ne souffrant pas de troubles hépatiques graves, à qui on avait refusé le traitement auparavant.

L'étude s'est portée sur 2422 participants de la cohorte néerlandaise ATHENA de personnes séropositives souffrant d'une co-infection à l'hépatite C.

En janvier 2017, 82% d'entre elles avaient commencé le traitement et 70% était soit déjà

guéries, soit toujours sous traitement. Parmi les personnes traitées avec les AAD, la réponse virologique soutenue était très élevée à 98%.

Environ trois-quarts des hommes gays (76%) avaient été guéris ou étaient toujours sous traitement, par rapport à 45% dans les autres groupes, qui comprenaient des femmes et des personnes qui avaient pris des drogues injectables dans le passé. Les hommes gays avaient été visés pour le traitement, dans le but d'interrompre les réseaux de transmission, et les hommes étaient pressés d'être guéris le plus vite possible pour cette même raison.

Dans une autre cohorte d'hommes séropositifs qui avaient des rapports sexuels avec des hommes, il y avait eu 93 hépatites C aiguës identifiées en 2014, mais seulement 49 en 2016. Le taux d'incidence annuel était de 1,1% en 2014 et de 0,5% en 2016, une réduction très significative de 51%.

Cette chute de l'incidence de l'hépatite C s'est produite en même temps qu'une augmentation substantielle du nombre de syphilis et de l'utilisation de drogues dans un contexte sexuel, ce qui suggère que cette chute du nombre d'hépatite n'est pas attribuable à un changement des comportements sexuels.

La France est un des autres pays offrant l'accès libre aux AAD, bien que l'adoption du traitement soit plus faible. Un modèle mathématique présenté lors du congrès a examiné l'impact potentiel de plusieurs taux d'accès aux AAD en France.

En janvier 2016, près de 7200 personnes séropositives avaient aussi une co-infection à l'hépatite C active et accédaient aux soins. En assumant que la couverture du traitement de l'hépatite C se maintienne au niveau actuel de 30% par an, le modèle a prévu que la prévalence générale de l'hépatite C descendrait de 5,1% à 1,1% en 2026, ce qui correspond à environ 2000 personnes. Une augmentation de cette couverture à 70% ferait descendre ce nombre en dessous de 1000.

Ces réductions seraient observées dans la plupart des sous-groupes, y compris chez les HSH qui prennent moins de risques. Mais étant donné le taux plus élevé d'infections aiguës et de réinfection, une couverture de traitement plus étendue serait nécessaire pour les HSH les plus à risques. Des interventions relatives aux comportements, des dépistages réguliers, y compris le dépistage des personnes déjà traitées avant, et des efforts pour atteindre les individus non dépistés pour les persuader de se faire soigner, seraient également nécessaires pour éradiquer l'hépatite C dans cette population.

Les chercheurs américaines ont attiré l'attention des délégués sur le contraste entre ces exemples européens de diminution de l'incidence, et les pays où l'accès est toujours très restreint et l'incidence augmente.

Liens associés

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

[Voir le webcast sur le site du congrès](#)

La tabagie, les cancers et les crises cardiaques



Leah Shepherd à CROI 2017. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

[Arrêter de fumer a de très gros avantages pour les personnes vivant avec le VIH, a été avisé le congrès.](#)

Juste un an après avoir arrêté de fumer, l'incidence d'une variété de cancers a chuté de façon significative, malgré la persistance des risques de cancers du poumon. En outre, la tabagie contribue probablement beaucoup plus aux risques de maladies cardiovasculaires chez les personnes séropositives que la charge virale, le choix de médicaments antirétroviraux ou tout autre facteur lié au VIH.

Le tabagisme est plus fréquent chez les personnes séropositives que dans la population générale. Près de 17% de la population générale fume aux Etats-Unis, par rapport à 40% des personnes séropositives. Les chiffres au Royaume-Uni sont de 19% et 29% respectivement, avec les individus séropositifs susceptibles d'être de gros fumeurs.

Une analyse de la grande cohorte D:A:D a inclut les données sur les changements relatifs au comportement tabagique avec un suivi des participants pendant une moyenne de neuf ans. Pendant cette période, 1980 cancers ont été diagnostiqués parmi 35 424 participants, y compris 242 cancers du poumon et 487 autres cancers reconnus comme étant liés au tabagisme (tels que les cancers du cou et de la tête, de l'œsophage, de l'estomac, du pancréas, du rein et des voies urinaires, des ovaires et le cancer du foie).

L'incidence des cancers liés au tabagisme, à l'exception des cancers du poumon, a considérablement chuté un an après avoir arrêté et par la suite, était comparable à l'incidence chez les personnes qui n'avaient jamais fumé.

D'autre part, l'incidence des cancers du poumon est restée au moins huit fois plus élevée chez les anciens fumeurs cinq ans après avoir arrêté par rapport aux personnes qui n'avaient jamais fumé. Ces résultats contrastent avec les études chez les personnes séronégatives, chez lesquelles la diminution des risques de cancer du poumon commence à devenir manifeste cinq ans après avoir arrêté.

Une deuxième étude a analysé la contribution de plusieurs facteurs de risques pour les crises cardiaques dans l'ensemble des cohortes d'Amérique du Nord de NA_ACCORD. Pendant une période moyenne de trois ans et demi, il y a eu 347 crises cardiaques dans cette population de 29 515 personnes.

- | Si tout le monde arrêta de fumer, 38% des crises cardiaques seraient évitées.
- | Si tout le monde avait un taux de cholestérol normal, 43% des crises cardiaques seraient évitées.
- | Si tout le monde avait une tension artérielle normale, 41% des crises cardiaques seraient évitées.

En comparaison, changer les facteurs de risques associés au VIH, tels qu'un taux de cellules CD4 plus bas, une absence de suppression virale, un diagnostic de SIDA, ou une co-infection à l'hépatite C, aurait un effet beaucoup plus faible sur le nombre total de crises cardiaques.

Les études suggèrent l'importance d'accentuer l'abandon du tabac chez les personnes séropositives, ainsi que l'importance d'accentuer la gestion du cholestérol et de l'hypertension artérielle. Ceci nécessitera une plus grande participation des médecins de soins primaires et des services de soins de santé non-VIH.

Liens associés

[Lire ce rapport dans son intégrité sur aidsmap.com](#)

[Voir le webcast sur le site du congrès](#)

De bons résultats avec une trithérapie contre la tuberculose ultra-résistance



Un patient de NIX-TB dans la salle d'attente de l'Hôpital de chirurgie thoracique Brooklin au Cap. Photo de John-Michael Maas pour l'organisation TB Alliance

Un traitement de trois médicaments à prendre oralement pendant 6 mois a été suffisant pour éliminer la tuberculose ultra-résistante chez 29 personnes, sur les 31 qui ont fini le traitement, ont été avisés cette semaine les délégués au congrès sur les rétrovirus et les infections opportunistes. Si les résultats sont répliqués dans une plus grande étude, ils pourraient révolutionner les perspectives de traitement de la tuberculose ultrarésistante et les cas graves de tuberculose multi-résistante.

La tuberculose extrêmement pharmacorésistante est un problème croissant dans les pays tels que l'Afrique du Sud où la tuberculose multirésistante est un gros problème. Le traitement actuel contre la tuberculose ultrarésistante est un traitement à base de 6 médicaments, dont une phase de traitement de six mois avec des médicaments injectables et 12 à 18 mois supplémentaires avec 5 médicaments. Certains de ces médicaments ont des effets secondaires importants, et le taux de guérison est incroyablement faible: 11% seulement des Sud-Africains sont guéris cinq ans après le début du traitement, alors que 73% meurent.

L'étude NIX-TB essaie un traitement de trois médicaments, comprenant de la bédaquiline (*Sirturo*, le premier nouveau médicament expérimental contre la tuberculose approuvé depuis 40 ans), le linézolide (un antibiotique bon marché), et la prêtomanide (PA-824), un traitement anti-tuberculeux expérimental développé par l'organisation [TB Alliance](#).

Les premiers résultats des premiers participants ont été présentés à CROI. Trente et une personnes en Afrique du Sud ont fini le traitement et les 6 mois de suivi après la fin du traitement. Le critère d'évaluation principal était l'incidence d'échecs bactériologiques, de rechutes, ou d'échecs cliniques à ce stade. Seuls deux individus ont atteint ce point: Une personne a été réinfectée avec une tuberculose susceptible aux médicaments, et une autre a paru souffrir une rechute de tuberculose ultrarésistante.

Une autre étude a utilisée une analyse génétique pour montrer que les migrations et les voyages jouaient un rôle important dans la propagation de la tuberculose ultrarésistante dans la province la plus sévèrement touchée en Afrique du Sud, le Kwazulu-Natal. On pensait que la transmission de la tuberculose ultrarésistante était concentrée dans les foyers, mais l'analyse a découvert que la distance géographique moyenne entre les couples de tuberculoses ultrarésistantes liées génétiquement était de 111km. Quatre personnes sur cinq de ces couples génétiquement liés vivaient dans des régions distinctes de la province.

Liens associés

[Lire ce rapport dans son intégrité sur \[aidsmap.com\]\(#\)](#)

[Voir le webcast sur le site du congrès](#)

Comment faudrait-il fournir les services d'autodépistage ?



La meilleure façon de mettre en place l'autodépistage du VIH, les formes les plus appropriés de services d'autodépistage et le meilleur moyen d'assurer l'orientation vers les soins restent des questions sans réponses, mais [les délégués au congrès ont entendu que des recherches au Malawi et aux Etats-Unis se sont penchées sur ces questions.](#)

Afin de guider la conception des services au Malawi, des expériences discrètes relatives aux choix ont été menées pour déterminer le degré de préférence des utilisateurs sur différents aspects de la prestation des services. La distribution de kits d'autotests dans les foyers par des bénévoles était la méthode préférée. Même à un prix aussi bas que 0,10USD, le coût dissuaderait à faire le test de dépistage. Une brochure n'était pas considérée comme suffisante par les participants pour un soutien après le test, et ils voulaient pouvoir avoir accès au suivi au domicile.

Les instructions illustrées fournies avec les kits d'autotests n'étaient pas toujours comprises, mais les chercheurs ont observé que les démonstrations en personne avant le test étaient acceptables et permettaient aux individus de faire le test de dépistage correctement.

A New York, la distribution gratuite des kits d'autotests aux hommes gays utilisant les apps et les sites de rencontre était une méthode faisable et acceptable pour atteindre une variété de participants, y compris de nombreux hommes qui n'avaient pas fait de test de dépistage récemment. Cependant, relativement peu de nouveaux cas de VIH ont été identifiés.

Une étude pilote essaie un kit d'autotests sur lesquels sont montés des capteurs de mouvements qui détectent l'ouverture du kit. Une conseiller peut alors appeler la personne par téléphone pour offrir un soutien et une orientation vers les soins.

Liens associés

[Lire ce rapport dans son intégrité sur aidsmap.com](#)

[Voir le webcast sur le site du congrès](#)

Tableau des médicaments antirétroviraux

The image shows a detailed 'Antiretroviral drug chart' from the National AIDS Memorial Quilt (NAM). The chart is organized into columns for different classes of antiretroviral drugs, including Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs), Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs), Protease Inhibitors (PIs), and Integrase Inhibitors (INIs). Each entry includes the drug name, its generic name, and a small image of the pill. The chart is designed to be a comprehensive reference for healthcare providers and patients, listing various brands and formulations available at the time.

Le tableau des médicaments antirétroviraux de NAM est un guide de référence d'une page sur

tous les médicaments anti-VIH homologués dans l'Union Européenne. Il comprend des informations sur les formulations, la posologie, les effets secondaires principaux et les restrictions alimentaires.

Le tableau des médicaments a été mis à jour en septembre 2016 et peut être consulté ou téléchargé sur aidsmap.com. Une édition plus ancienne du tableau est disponible en Français, en Espagnol, en Portugais et en Russe.

Liens associés

 [Consulter ou télécharger sous format pdf le tableau des médicaments sur aidsmap.com](http://aidsmap.com)

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's coverage of CROI 2017 has been made possible thanks to support from Janssen 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/>