

CROI 2015

Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes

Seattle, Etats-Unis, 23-26 février 2015



Vendredi 27 février 2015

Table des matières

- | Deux traitements sans interféron ont un taux élevé de guérison chez les personnes séropositives
- | Le travail d'abstinence financé par PEPFAR n'a eu aucun impact
- | La nouvelle formulation de ténofovir est tout aussi efficace mais aussi mieux tolérée
- | Les cascades de traitement dans les pays africains
- | Aucune transmission du VIH dans l'étude sur les couples gays
- | La circoncision réduit l'incidence de VIH en Ouganda
- | Enquête: dialogue sur le VIH
- | Soutenez notre travail



Deux traitements sans interféron ont un taux élevé de guérison chez les personnes séropositives



David Wyles et Susanna Naggie présentent à CROI 2015. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com.

Deux traitements de 12 semaines avec deux médicaments ne contenant ni interféron ni ribavirine ont guéri l'hépatite C chez plus de 95% des personnes séropositives coinfectées à l'hépatite C, ont révélé deux études présentées à CROI cette semaine.

Le premier traitement consistait à prendre du sofosbuvir avec du ledipasvir (coformulation d'*Harvoni*), produit par Gilead. Le deuxième traitement contenait du sofosbuvir (*Sovaldi*) avec du daclatasvir (*Daklinza*), un médicament produit par Bristol-Myers Squibb. Le ledipasvir et le

daclatasvir sont tous les deux des inhibiteurs NS5A.

Dans les deux études, le taux de réponse chez les personnes séropositives coinfectées à l'hépatite C, était tout aussi élevé que dans d'autres études effectuées avec les personnes n'ayant que l'hépatite C. Ceci renforce les directives récentes sur le traitement contre l'hépatite C qui recommandent de traiter les personnes séropositives et les personnes séronégatives de la même façon pour l'hépatite C.

Pour le sofosbuvir plus ledipasvir (*Harvoni*), 335 personnes atteintes d'une coinfection ont participé à l'étude non randomisée ouverte. L'étude avait des critères d'inclusion assez larges et comprenait plus de groupes difficiles à traiter par rapport à d'autres études, comme par exemple des personnes qui n'avaient pas répondu aux traitements précédents et des personnes souffrant d'une cirrhose du foie. Presque tous avaient une hépatite de génotype 1, plus de la moitié avait déjà pris un traitement et les trois quarts avaient des variantes génétiques IL28B défavorables. Tous prenaient un traitement anti-VIH et la plupart avaient une charge virale indétectable.

Les participants ont pris un comprimé une fois par jour pendant douze semaines, avec douze semaines de suivi pour évaluer la réponse virologique soutenue (RVS12), ou la continuation d'une hépatite C indétectable. Le taux de réponse virologique soutenue était de 96%, un taux similaire à celui des personnes n'ayant que l'hépatite. Avoir pris un traitement auparavant, avoir une cirrhose du foie ou des variantes de base NS5A liées à la résistance n'a pratiquement pas fait de différence au taux de guérison.

Cependant, les taux de réponse virologique soutenue ont été un peu moins élevés chez les participants qui étaient noirs. Ceci n'a pas été observé dans les études sur la mono-infection. Une explication possible, qui sera examinée, est l'influence de la génétique sur la réponse aux médicaments lorsque le ledipasvir et le traitement antirétroviral sont utilisés ensemble.

Pour le sofosbuvir (*Sovaldi*) et le daclatasvir (*Daklinza*), 151 individus coinfectés n'ayant jamais pris de traitement ont été randomisés pour recevoir 8 ou 12 semaines de traitements, et 52 individus ayant déjà pris un traitement auparavant l'ont tous pris pendant 12 semaines. Presque tous les participants prenaient un traitement contre le VIH et avaient une charge virale indétectable.

Deux-tiers des personnes avaient une hépatite C de génotype 1a mais les personnes ayant les génotypes de 2 à 6 ont été incluses: un des avantages du daclatasvir est qu'il est actif contre de nombreux génotypes alors que le ledipasvir est surtout actif contre le génotype 1.

Les participants randomisés pour prendre un comprimé une fois par jour pendant 8 semaines ont eu de moins bons résultats (réponse virologique soutenue à 12 semaines était de 76%) mais le traitement de 12 semaines a bien marché (RVS12 de 96% chez les personnes qui n'avaient jamais pris de traitement auparavant et 98% chez les personnes habituées aux traitements). Les taux étaient les mêmes indépendamment des génotypes.

Les deux traitements étudiés ont été en général bien tolérés et sans danger.

Liens associés

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

[Webcast de la présentation de Susanna Naggie](#)

[Webcast de la présentation de David Wyles](#)

Le travail d'abstinence financé par PEPFAR n'a eu aucun impact

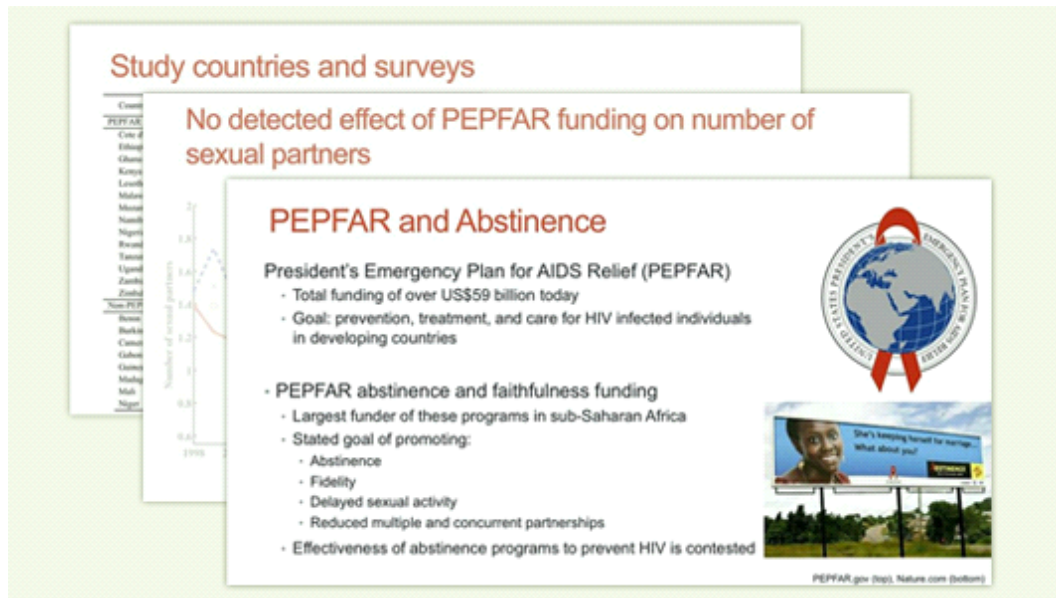


Photo de la présentation de Nathan Lo, à CROI 2015.

Près de 1,3 milliards de dollars dépensés par des programmes financés par les Etats-Unis pour encourager l'abstinence et la fidélité n'ont eu aucun impact significatif sur les comportements dans 14 pays d'Afrique sub-saharienne, a montré [l'analyse préliminaire des données concernant le comportement sexuel](#).

Le plan d'urgence du Président pour le soulagement du SIDA (PEPFAR) a été lancé en 2004 avec une [condition imposée par le Congrès](#) demandant qu'une proportion fixe des fonds de prévention de PEPFAR soit dépensée dans les programmes de promotion de l'abstinence des rapports sexuels, le retard de l'activité sexuelle et la fidélité à un seul partenaire. Les programmes financés par ce volet de financement ont également favorisé la réduction du nombre de partenaires. Bien qu'il y existe des raisons épidémiologiques permettant de penser que [le délai des premiers rapports sexuels et la réduction des activités sexuelles puissent réduire les risques d'infection au VIH](#), en particulier chez les jeunes filles, il y a peu d'indications comme quoi ces interventions sont efficaces dans la réalisation de ces objectifs.

Les chercheurs ont comparé les tendances dans les comportements sexuels à partir des enquêtes démographiques et des enquêtes sur la santé nationale dans 14 pays ciblés par PEPFAR et dans 8 autres pays africains où le financement ne déterminait pas le contenu des interventions de prévention du VIH.

Alors qu'il y avait une tendance à ce que les hommes aient moins de partenaires sexuelles dans les deux groupes de pays, les chercheurs n'ont pu identifier aucun impact associé au financement de PEPFAR. Les taux plus élevés de financement PEPFAR dans certains pays n'ont pas paru non plus être associés à une différence dans le comportement sexuel.

Liens associés

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

[Webcast de cette présentation](#)

La nouvelle formulation de ténofovir est tout

aussi efficace mais aussi mieux tolérée



Paul Sax présente à CROI 2015. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com.

Le fumarate de ténofovir alafenamide (TAF), une nouvelle formulation qui a une concentration sanguine moins élevée mais qui attient un taux beaucoup plus élevé dans les cellules, est aussi efficace que la version actuellement disponible, le fumarate de ténofovir disoproxil (TDF). De plus, il a moins d'effets néfastes sur les reins et les os par rapport au TDF.

Le fumarate de ténofovir disoproxil (*Viread*) est un des médicaments antirétroviraux les plus couramment utilisé. C'est un des éléments de la coformulation du *Truvada*, et de l'*Atripla*, *Eviplera/Complera* et *Stribild*, des traitements à pilule unique. LE TDF est très puissant et en général bien toléré et sans danger, mais il peut provoquer des problèmes rénaux et osseux chez certains patients.

Le TAF est un nouveau promédicament qui délivre plus efficacement aux cellules infectées par le VIH l'agent actif, le ténofovir diphosphate. TAF produit des taux intracellulaires suffisants à des doses plus faibles, ce qui veut dire que les concentrations dans le plasma sanguin sont plus faibles et que les reins, les os et les autres organes et tissus sont moins exposés au médicament.

Si des versions génériques moins chères du fumarate de ténofovir disoproxil seront bientôt disponibles sur de nombreux marchés occidentaux, TAF sera un nouveau produit exclusif à Gilead et protégé par un brevet.

Les données ont été présentées comparant la coformulation de *Stribild* (elvitégravir, cobicistat, emtricitabine et TDF) avec une coformulation alternative où le TDF était remplacé par du TAF. Environ 1700 personnes n'ayant jamais pris de traitement auparavant ont participé aux études en Europe, en Amérique du Nord, en Amérique Latine et en Asie.

Après 48 semaines, les deux traitements avaient une efficacité similaire élevée, démontrant que la coformulation avec le TAF n'était pas inférieure. Le taux de suppression virale était supérieur à 90% dans les deux groupes, indépendamment de l'âge, du sexe, de la race, de l'ARN VIH-1 et du taux de cellules CD4. Moins d'1% présentaient des signes de mutations de résistance primaire dans chaque groupe.

Les taux d'effets secondaires et d'événements indésirables graves ne différaient pas.

Les événements indésirables concernant les reins ont été examinés plus en détail. Par rapport à TDF, TAF n'a eu aucun abandon en raison d'événement indésirables rénaux, le débit estimé de filtration glomérulaire a été notablement réduit, et il y a eu beaucoup moins de protéinurie, d'albuminurie et de protéinurie tubulaire.

En ce qui concerne l'état des os, le TAF a beaucoup moins d'impact sur la densité minérale de la colonne vertébrale (26% des participants ont perdu au moins 3%, par rapport à 45% dans le

groupe TDF).

La coformulation étudiée ici a été soumise aux organismes de réglementation aux Etats-Unis et en Europe pour une homologation.

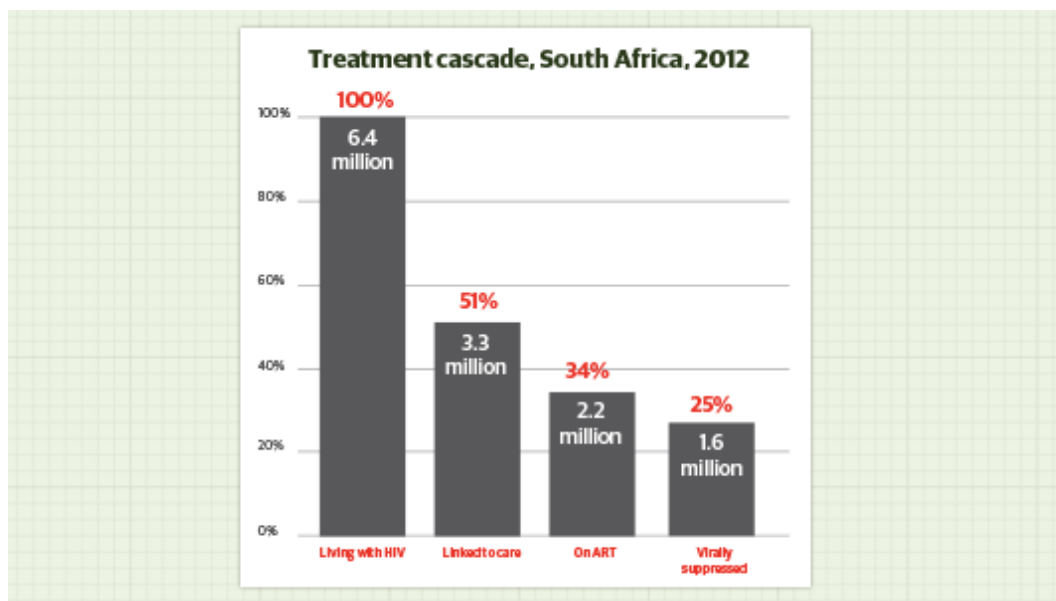
Gilead développe également une coformulation de TAF et d'emtricitabine pour remplacer le *Truvada*. Celle-ci sera peut être aussi considérée pour une utilisation en prophylaxie pré-exposition (PrEP).

Liens associés

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

[Webcast de cette présentation](#)

Les cascades de traitement dans les pays africains



L'Afrique du Sud a le plus grand programme de traitement antirétroviral au monde mais une analyse de sa cascade de traitement montre qu'il faut mettre davantage l'accent sur l'amélioration de l'engagement dans les soins, en particulier pour les hommes et les jeunes. Cette démarche est nécessaire si le pays veut maximiser les bénéfices préventifs du traitement antirétroviral.

Sur les 2,5 millions d'hommes vivant avec le VIH en Afrique du Sud, seuls 39% sont reliés aux centres de soins, 27% prennent un traitement antirétroviral et 19% ont une charge virale refoulée.

Sur les 3,9 millions de femmes, 58% sont reliées à des filières de soins, 38% prennent un traitement antirétroviral et 28% ont une charge virale refoulée.

Les jeunes âgés de 15 à 24 ans étaient beaucoup moins susceptibles d'être sous traitement et d'avoir une charge virale refoulée par rapport aux adultes plus âgés, malgré un taux de liaison avec les établissements de soins similaire.



David Maman présente à CROI 2015. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com.

Une deuxième étude, basée sur les données de trois communautés au Kenya, au Malawi et en Afrique du Sud, suggère que pour maximiser les avantages préventifs, les efforts liés à la couverture du traitement doivent se concentrer sur les personnes dont la charge virale est la plus élevée, c'est à dire les personnes qui ont déjà droit au traitement d'après les directives actuelles.

Environ 19000 personnes ont participé aux enquêtes auprès des ménages, avec un peu plus de 4000 résultats positifs au test de VIH. La majorité des personnes qui ont eu un résultat positif étaient admissibles au traitement selon les directives nationales, bien que cela variait de pays en pays en raison des critères d'inclusion différents (60% au Kenya, 69% en Afrique du Sud et 80% au Malawi).

Les chercheurs se sont concentrés sur la charge virale des personnes qui ne prenaient pas de traitement. Moins d'un quart des personnes qui ne prenaient pas de traitement et dont le taux de cellules CD4 se situait entre 500 et 700 cellules/mm³ avaient une charge virale très élevée (plus de 100 000 copies/ml), associée à de très hauts risques de transmission aux autres.

Par contre, plus de la moitié des individus dont le taux de cellules CD4 était inférieur à 350 cellules/mm³ avaient une charge virale très élevée.

Ceci suggère que pour maximiser les avantages préventifs du traitement, les efforts visant à étendre la couverture du traitement doivent se concentrer sur les personnes qui sont déjà admissibles au traitement dans le cadre des directives en cours. Ceci aurait plus d'impact que d'accroître le taux de cellules CD4 auquel les individus commencent le traitement.

Néanmoins, **une étude présentée la veille à CROI** a montré que l'initiation du traitement à un taux de cellules CD4 supérieur à 500 cellules/mm³ était bénéfique à la santé des individus dans les pays aux ressources limitées.

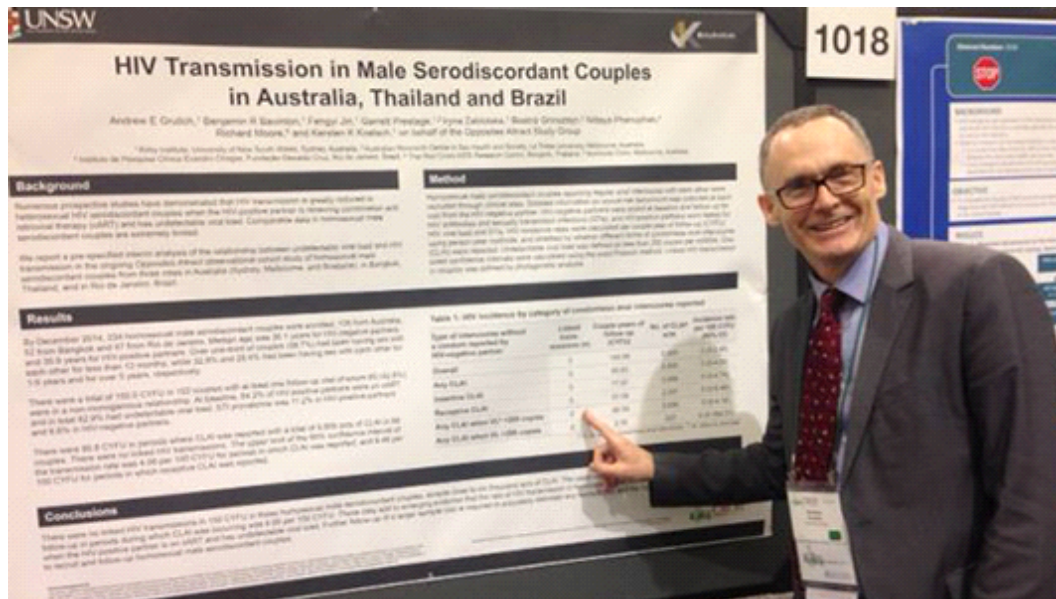
Liens associés

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

[Webcast de la présentation sur l'étude en Afrique du Sud](#)

[Webcast de la présentation de l'enquête dans 3 pays](#)

Aucune transmission du VIH dans l'étude sur les couples gays



Andrew Grulich à CROI 2015. Image du Kirby Institute (<http://kirby.unsw.edu.au>).

L'analyse précoce d'une étude australienne sur des couples gays masculins de statut sérologique opposé (couples sérodiscordants) n'a observé jusqu'à présent aucune transmission du partenaire séropositif au sein du couple. Les données d'observation de l'étude Opposites Attract (les opposés s'attirent) rejoignent l'analyse intérimaire de l'étude plus grande PARTNER qui avait été présentée à CROI il y a un an. PARTNER n'avait pas rapporté d'épisodes de transmissions pendant les 16 400 épisodes de sexe anal (qui comptaient les actes sexuels protégés par le préservatif) chez les hommes gays.

Le recrutement à la nouvelle étude a commencé vers la fin de 2013 dans trois villes australiennes (Sydney, Melbourne et Brisbane) et comprend désormais Bangkok en Thaïlande et Rio de Janeiro au Brésil. La plupart des partenaires séropositifs sont sous traitement et ont une charge virale indétectable.

Pendant la première année d'étude, 152 couples ont fourni des données. 5905 épisodes de sexe anal ont été rapportés. Aucune transmission au sein des couples (transmissions liées) n'a été observée jusqu'à présent.

Etant donnée le chiffre relativement petit de participants jusqu'à présent, il existe un peu d'incertitude quant à ces résultats. Bien qu'il n'y ait eu aucune transmission, ceci ne veut pas forcément dire qu'il n'y a aucune chance de transmission. Les chercheurs ont calculé que dans cette population, le chiffre le plus élevé des risques de transmissions probables pendant les rapports sexuels annaux sans protection avec un partenaire séropositif (quelle que soit la charge virale) s'élevait à 4%. Le chiffre probable le plus élevé lorsque le partenaire séronégatif est réceptif s'élevait à 7%.

Mais comme avec PARTNER, ces estimations se rapprocheront probablement de zéro lorsque les chercheurs auront rassemblé davantage de données.

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

La circoncision réduit l'incidence de VIH en Ouganda

Le déploiement de la circoncision masculine médicale dans la région rurale du Rakai en Ouganda a un impact substantiel sur les nouvelles infections au VIH chez les hommes. Les données viennent d'un des sites qui a conduit un essai randomisé contrôlé sur la circoncision et elles montrent que la circoncision peut faire une différence à l'extérieur du cadre d'une étude.

La proportion d'hommes non musulmans circoncis a augmenté de 9% en 2007 au moment de l'essai randomisé à 26% en 2011. Après un ajustement pour prendre en compte d'autres facteurs qui pourraient avoir des conséquences sur la transmission du VIH (comme l'utilisation plus répandue du traitement antirétroviral), chaque augmentation de 10% dans la couverture de la circoncision a été associée à une réduction de 12% de l'incidence du VIH chez les hommes.

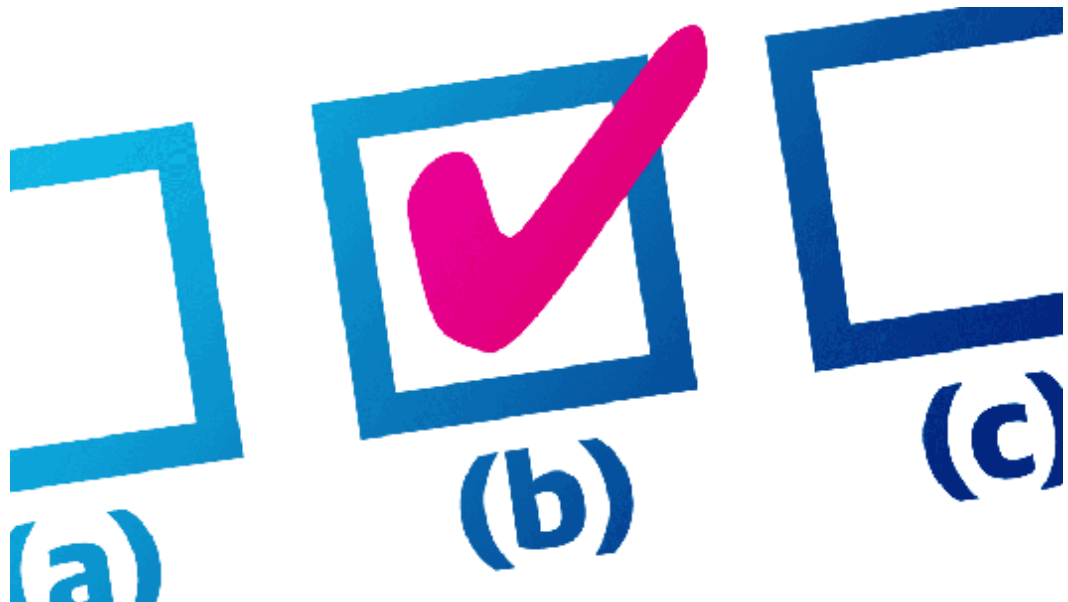
Mais jusqu'à présent, l'incidence du VIH chez les femmes n'a pas diminué.

Liens associés

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

[Webcast de cette présentation](#)

Enquête: dialogue sur le VIH



Travaillez-vous dans les services de la santé en Europe, ou vivez-vous avec le VIH, ou les deux? Veuillez nous aider à comprendre la communication entre les professionnels de la santé et les personnes séropositives en Europe.

Nous menons deux enquêtes anonymes en ligne, une pour les **personnes séropositives** et une pour les **professionnels de la santé**. Les deux enquêtes sont disponibles en anglais, en français, en italien, en portugais, en russe et en espagnol.

Les enquêtes étudient ce qui se passe pendant les rendez-vous relatifs aux soins du VIH; par exemple quels sont les sujets prioritaires pour les patients et les professionnels de la santé.

Si une des ces enquêtes s'applique à votre situation, nous serions très reconnaissants de votre aide.

Liens associés

Participez à l'enquête en ligne pour les professionnels de la santé en Europe

Participez à l'enquête en ligne pour les personnes séropositives en Europe

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



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/>