



quoi de neuf ?



Faut-il traiter une infection à VIH primaire ?

On entend par infection primaire les premières semaines suivant l'infection par le virus. Aucun essai clinique aléatoire avec placebo n'a été réalisé pour déterminer les risques et les avantages d'un traitement aux premiers stades de l'infection. Pourtant, les symptômes sont parfois graves et dans les jours suivant l'exposition au virus, il se produit une chute rapide bien que temporaire des cellules CD4 dans le sang, mais une baisse brutale et permanente des CD4 dans les muqueuses. Après quatre jours, 50 % des cellules mémoires de l'intestin grêle sont atteintes.

Une étude a montré qu'un traitement ARV administré dans les deux semaines suivant la séroconversion (formation d'anticorps en réaction au virus, détectables dans le sang) et arrêté 24 mois plus tard a été associé à une baisse de la charge

virale et à une augmentation des CD4, alors qu'un traitement amorcé après cette période procurait des bienfaits moindres qui disparaissaient après 72 semaines de traitement. Chez les personnes traitées plus tard, il y avait hausse des CD4 et capacité accrue de combattre les infections bactériennes, mais pas d'amélioration de la fonction anti-VIH.

Trois études indiquent que la plupart des personnes consultent le médecin quatre jours après les premiers symptômes (trois semaines après le contact avec le virus), donc trop tard pour bénéficier du traitement de l'infection primaire. On espère que la découverte du D^r Sékaly (voir le dernier numéro de *Relais*) et de futures percées dans les traitements immunitaires spécifiques contribueront un jour à la restauration de la fonction anti-VIH du système immunitaire.

La 46^e Conférence sur les agents antimicrobiens et la chimiothérapie s'est tenue à San Francisco, du 27 au 30 septembre 2006. Voici ce qu'en rapporte le **D^r Harold Dion**, membre de l'équipe éditoriale de *Relais*.



Un risque accru après 50 ans

Des études montrent que les PVVIH de plus de 50 ans sont, par rapport aux plus jeunes, davantage portés à entreprendre un traitement ARV à un stade plus avancé de la maladie. Également, on a constaté chez ces personnes une hausse moins importante de la numération des CD4, une évolution plus rapide vers le sida et un taux de survie inférieur.

Après 50 ans, le taux de dépression était plus élevé (ce qui influe sur la qualité de vie et l'observance du traitement), de même que les effets secondaires et les résultats anormaux d'analyses sanguines évaluant, par exemple, les fonctions hépatique et rénale. Les PVVIH qui commencent un traitement ARV après 50 ans devraient être suivies de près pour prévenir le développement de toxicités médicamenteuses : un mois suivant le début du traitement ou un changement dans la médication, puis tous les deux ou trois mois pour surveiller les toxicités. Enfin, les personnes chez qui la maladie est plus avancée et celles qui présentent des comorbidités (par ex., l'hépatite C) étaient plus souvent hospitalisées. **R**

ITS moins risquée avec CD4 élevée

Une analyse des différents essais cliniques (STACCATO, TRIVICAN, SMART, WINDOW et ISS/PART) donne à penser qu'une brève interruption du traitement ARV, afin d'évaluer la charge virale ou la réponse immunitaire à un vaccin thérapeutique est sans danger pour les personnes dont la numération des CD4 se maintient entre 250 et 350 cellules/ μ L pendant l'interruption. Toutefois, l'interruption ne devrait se faire que dans le cadre d'un essai clinique.

La plupart des études concluent que l'interruption de traitement structurée (ITS) est déconseillée dans le cas d'infections chroniques chez les PVVIH traitées par ARV. On peut recourir à une ITS sur de courtes périodes pour soulager des effets secondaires, mais on en ignore encore la durée optimale. L'essai SMART (Stratégies de gestion du traitement ARV) a montré que le risque d'évolution de

la maladie jusqu'au sida ou à la mort augmentait après une interruption de quatre mois, ce qui n'était pas le cas chez les personnes qui poursuivaient le traitement, mais une interruption plus courte serait peut-être sécuritaire dans une population similaire. Les résultats ont aussi indiqué qu'il peut être néfaste d'attendre que la numération des CD4 tombe à 250 avant de reprendre le traitement, mais d'autres essais se poursuivent pour déterminer s'il faudrait plutôt le reprendre lorsque la numération est à 350.

Pour les personnes présentant des infections chroniques et des résistances à divers ARV, les bienfaits de l'ITS semblent nuls, tant pour la charge virale que pour l'état de santé général. En revanche, l'arrêt d'un médicament d'une classe qui a entraîné des mutations dans le virus agit favorablement sur la charge virale.