

# vous avez posé la question

## La lente remontée des CD4 Ma charge virale est indétectable, mais la numération de mes cellules CD4 augmente très lentement. Est-ce normal ?

**Réponse du D<sup>r</sup> Alex Klein :** Voilà une bonne question et, comme vous vous en doutez probablement, la réponse n'est pas simple.

Les antirétroviraux (ARV) attaquent le virus du VIH qui, lui, détruit les cellules CD4. Les médicaments n'agissent pas directement sur la numération des CD4, mais en supprimant la réplication virale, ils donnent au corps la chance de reprendre des forces. Le temps que cela peut prendre varie, mais si vous continuez de prendre votre médication et maintenez une **charge virale indétectable**, les CD4 augmenteront progressivement. Après des années de traitement, la numération des CD4 et d'autres marqueurs de la vigueur immunitaire reviennent à la normale chez bon nombre de personnes.

Une foule de raisons peuvent expliquer la lente remontée des CD4. Si la numération était très basse au début du traitement, la remontée sera plus longue. La durée de l'infection joue également : les réserves de CD4 prennent plus de temps à se refaire si l'infection a été contractée il y a longtemps. Par ailleurs, la période de rétablissement est plus longue. Enfin, d'autres infections, dont l'hépatite et des troubles hépatiques ou rénaux chroniques, retardent le processus.

Ironiquement, certains ARV ont des effets négatifs sur la numération des CD4. Par exemple, l'AZT (Retrovir<sup>MD</sup>, aussi présent dans Combivir<sup>MD</sup> et Trizivir<sup>MD</sup>) peuvent supprimer la moelle osseuse, là où se fabriquent les nouvelles cellules CD4. On a aussi constaté que l'association ddl (Videx<sup>MD</sup>) et ténofovir (Viread<sup>MD</sup>; aussi présent dans Atripla<sup>MC</sup> et Truvada<sup>MD</sup>) réduit considérablement la réponse des CD4 chez certaines personnes (même si la charge virale est indétectable), particulièrement celles dont la numération était faible au départ.

Pour favoriser la récupération du système immunitaire, il est important de rester en santé et de bien se nourrir. Le manque de repos ainsi que l'utilisation de drogues récréatives, surtout le « crystal meth », peuvent nuire considérablement. Également, avec votre médecin, vous devriez passer en revue les médicaments non anti-VIH que vous prenez afin de déterminer si certains sont en cause.

Des essais cliniques se penchent sur plusieurs médicaments qui élèvent la numération des CD4. L'un d'eux, qui porte sur l'interleukine 2 (essai SILCAAT), vient de se terminer et les résultats devraient être publiés sous peu. Le produit n'est pas encore disponible en clinique, mais le deviendra peut-être d'ici quelque temps.

Le meilleur conseil que je peux vous donner, c'est de ne pas vous laisser décourager par votre réponse apparemment lente. Il est certes important de hausser la numération à plus de 200 cellules/mm<sup>3</sup>, le seuil en deçà duquel les infections opportunistes présentent un risque. Plus la numération est élevée, mieux c'est, mais même un petit nombre de cellules CD4 peut vous préserver de la maladie.

## Un arrêt temporaire Si je décide de laisser tomber un de mes ARV à cause des effets indésirables, pourrais-je le reprendre plus tard ?

**Réponse de la D<sup>re</sup> Marianne Harris :** Tout dépend des effets indésirables en question. Certains reviendront si vous reprenez le même médicament, et parfois, ils seront plus intenses. C'est le cas des réactions allergiques (hypersensibilité) à l'abacavir (Ziagen<sup>MD</sup>) et des graves éruptions cutanées et troubles hépatiques associés à la névirapine (Viramune<sup>MD</sup>). Si de tels effets se produisent, vous ne devriez jamais reprendre ces médicaments, y compris dans des associations à dose fixe qui en contiennent. Par exemple, on trouve de l'abacavir non seulement dans Ziagen<sup>MD</sup>, mais aussi dans Kivexa<sup>MD</sup> (en association avec le 3TC) et Trizivir<sup>MD</sup> (en association avec l'AZT et le 3TC). Vous devez éviter tous ces médicaments si vous avez reçu un diagnostic d'hypersensibilité à l'abacavir, car la prochaine réaction pourrait être grave, même mortelle.

En revanche, certains effets indésirables peuvent être liés à d'autres facteurs, par exemple des médicaments que vous prenez en même temps. Ainsi, en reprenant le médicament plus tard, il se peut que les effets soient moins prononcés, voire inexistantes. Par exemple, les inhibiteurs de la protéase, surtout le ritonavir, entraînent des nausées, des diarrhées et d'autres troubles gastrointestinaux (GI). Ces effets peuvent être plus

Le **D<sup>r</sup> Alex Klein** exerce en première ligne auprès de patients atteints du VIH, en cabinet privé, et comme médecin de famille à l'Hôpital Mount Sinai, à Toronto.

Le **D<sup>r</sup> Mark Hull** est infectiologue à l'Université de Colombie-Britannique. À titre de boursier postdoctoral, il participe au Réseau canadien pour les essais VIH, au Centre d'excellence en VIH/sida de la Colombie-Britannique.

La **D<sup>re</sup> Marianne Harris**, médecin de famille, travaille actuellement auprès du Programme de recherche sur le sida, à la Clinique d'immunodéficience de l'Hôpital St. Paul's, à Vancouver.

gênants avec certains IP par ex., Kaletra<sup>MD</sup> [lopinavir/ritonavir] et moins avec d'autres par ex., Reyataz<sup>MD</sup> [atazanavir/ritonavir] ou Prezista<sup>MD</sup> [darunavir/ritonavir]).

De même, les symptômes GI peuvent être aggravés si vous prenez l'IP avec d'autres médicaments connus pour leurs effets GI, dont l'AZT (Retrovir<sup>MD</sup>) ou le ddl (Videx<sup>MD</sup>, Videx EC<sup>MD</sup>). Si vous reprenez plus tard le même IP, mais avec des ARV plus récents, dont Truvada<sup>MD</sup> (ténofovir/FTC) ou Kivexa<sup>MD</sup> (abacavir/3TC), les troubles gastrointestinaux ne seront peut-être pas aussi graves.

En ce qui concerne la lipodystrophie – si c'est l'effet indésirable qui vous pousse à interrompre un médicament –, on ne sait trop si les symptômes reviendront au moment de reprendre le médicament. Peut-être que oui, mais cela dépend encore des autres médicaments que vous prenez. Heureusement, avec certains ARV plus récents, la survenue de la lipodystrophie est moins probable qu'avec les anciens ARV, et vous aurez donc plusieurs choix au moment de poursuivre le traitement.

Les gens croient souvent que le médicament ne fonctionnera plus si on fait une pause dans le traitement. Mais s'il était efficace la première fois et qu'il n'y a pas eu de pharmacorésistance, il n'y a pas de raison pour que vous ne puissiez pas y revenir plus tard.

## De l'espoir sur le front de l'hépatite C

**J'ai une coinfection VIH/hépatite C et j'ai entendu dire que le traitement est difficile à tolérer. Y a-t-il de nouveaux médicaments à l'horizon ?**

**Réponse du Dr Mark Hull :** Tout d'abord, sachez que vous n'êtes pas seul. Au Canada, on estime que 20 % des PVIH ont également contracté le virus de l'hépatite C (VHC).

Chez 5 % à 10 % des personnes coinfectées, l'hépatite C disparaîtra sans traitement. Les autres cependant doivent subir une batterie de tests (mesure des enzymes hépatiques ou biopsie) pour déterminer s'il y a lieu de traiter. Le cas échéant, on propose comme médication standard l'association interféron pégylé et ribavirine, deux agents anti-VIH qui agissent contre le VHC.



L'interféron pégylé s'administre par injection toutes les semaines, tandis que la ribavirine se prend sous forme de comprimés tous les jours. Le traitement dure habituellement de 24 à 48 semaines, selon le **génotype** du VHC, c'est-à-dire la

souche de l'infection.

Le succès du traitement dépend aussi, en grande partie, du génotype du VHC, les taux de rétablissement variant entre 29 % et 62 %. Les effets indésirables comprennent des symptômes semblables à ceux de la grippe (douleurs articulaires et musculaires, fièvre, maux de tête), la peau sèche, des démangeaisons et des éruptions cutanées. D'autres effets plus graves se manifestent parfois, dont la suppression de la moelle osseuse, qui peut causer l'anémie, une faible numération de plaquettes ou de leucocytes. L'interféron pégylé a été associé à la dépression, parfois grave.

Voilà de bonnes raisons pour développer de nouveaux traitements anti-VHC. En voici un aperçu :

**Inhibiteurs de la protéase et de la polymérase** – Ces agents ciblent les protéines qu'utilise le VHC pour se reproduire. L'un des plus prometteurs est le télaprévir (ou VX-950). Chez les personnes infectées par le VHC (mais non le VIH), la triple association interféron pégylé/ribavirine/télaprévir a donné de meilleurs résultats que le traitement standard, les taux de réponse se situant entre 61 % et 65 %. On prépare actuellement la prochaine série d'essais cliniques.

**Nouvelles formulations d'interféron** – Celles-ci permettraient d'administrer moins souvent le médicament et, ainsi, de réduire considérablement le nombre d'effets secondaires.

**Nitazoxanide** – Il s'agit d'un antibiotique qui semble efficace contre le VHC. Jusqu'à maintenant, un petit essai a montré qu'avec l'ajout de nitazoxanide, le traitement standard combattait plus efficacement le VHC de génotype 4.

Il faudra encore plusieurs années pour mettre au point les nouveaux traitements qui, une fois disponibles, seront sans doute administrés en association avec l'interféron pégylé et la ribavirine. Vouloir retarder le traitement actuellement disponible n'est probablement pas une bonne idée à ce stade-ci. Examinez avec le médecin les chances de succès du traitement et le risque d'effets indésirables. **R**

Avez-vous d'autres questions ?  
Faites-les parvenir à :  
**relais@parkpub.com**

9