

Frapper fort, et vite

La grande nouveauté dans le monde du VIH en 2008 a été le passage d'une question (Quand commencer le traitement ?) à une affirmation (Traiter vigoureusement sans tarder). On s'entend aujourd'hui pour lancer le traitement quand le compte de CD4 tombe sous la barre des 350 cellules/mm³, plutôt qu'au seuil habituel de 200, en raison de données probantes réunies ces dernières années :

- L'essai SMART (Strategies for Management of Antiretroviral Therapy) auprès de quelque 5 500 personnes séropositives a démontré que le TAHA (traitement antirétroviral hautement actif) continu, par opposition au TAHA intermittent (juste suffisant pour maintenir les CD4 entre 250 et 350 cellules/mm³), réduisait le risque d'être victime ou de mourir non seulement de maladies connexes au sida, mais aussi de problèmes indépendants comme une maladie du cœur, du foie ou des reins.
- D'après une sous-étude de l'essai SMART, les taux sanguins des marqueurs inflammatoires grimpent lorsque le TAHA est interrompu et redescendent à la reprise du traitement. Ces marqueurs signalent que le VIH cause une inflammation chronique — un facteur majeur dans des maladies autres que le sida, par exemple les troubles cardiaques. Le TAHA ralentit ce processus inflammatoire.
- Les nouveaux agents antirétroviraux ayant moins d'effets secondaires à long terme que les anciens, le TAHA peut être entrepris plus tôt et maintenu plus longtemps sans danger.

Par conséquent, les lignes directrices du département de la santé américain (disponibles sur le site <http://AIDSinfo.nih.gov>) et celles de la Société internationale sur le sida — division États-Unis (voir S. Hammer et coll., *JAMA* 2008) recommandent



dorénavant de démarrer le TAHA plus rapidement dans le cours de l'infection, c'est-à-dire lorsque le compte de CD4 baisse à moins de 350 cellules/mm³ (et non plus 200 comme avant).

Les directives sur les options de traitement ont également été mises à jour :

- Kaletra^{MD} (lopinavir/r) peut maintenant être dosé pour une ou deux prises par jour si la personne n'a jamais pris d'ARV auparavant.
- Au tableau des coformulations d'INTI, la cote d'Epzicom^{MD} (abacavir+lamivudine) a reculé de « premier choix » à « possibilité » parce que des données laissent croire que cette combinaison n'est pas assez puissante contre une charge virale élevée et que, selon d'autres données, elle pourrait hausser le risque de crise cardiaque.
- Les combinaisons ddl+FTC+ atazanavir non potentialisé et ténofovir+FTC+névirapine font l'objet d'une mise en garde (éviter ou utiliser avec prudence), car certaines études ont démontré leur peu d'efficacité.

Du renfort contre un virus résistant

Le raltégravir (Isentress^{MC}) est le premier agent d'une nouvelle classe de médicaments : les inhibiteurs de l'intégrase. Depuis son approbation par les autorités canadiennes à la fin de 2007, le raltégravir a été prescrit — avec d'excellents résultats — à nombre de personnes chez qui le virus était devenu résistant à leurs médicaments. Il agit efficacement avec d'autres agents de TAHA dans la suppression du virus et

jusqu'ici, il semble être remarquablement bien toléré.

Les gens qui devaient prendre le T-20 (enfuvirtide, Fuzeon^{MD}), un autre agent efficace contre le VIH résistant, et qui ont pu le remplacer par le raltégravir ont accueilli le nouveau produit comme un cadeau du ciel, car outre qu'il maintient le même degré de contrôle de l'infection, le raltégravir se prend par voie orale alors que le T-20 s'administre par injection deux fois par jour. **R**