

vous avez posé la question



La nouveauté est-elle meilleure ?

Avec l'arrivée de nouveaux médicaments, devrais-je changer ma pharmacothérapie pour en inclure un ?

Réponse du Dr Colin Kovacs : Beaucoup de raisons peuvent motiver un changement dans la thérapie antirétrovirale (ARV), d'autant plus que nous n'avons jamais eu un choix d'agents aussi vaste et que nous découvrons des associations médicamenteuses inédites.

Cependant, tout changement à votre régime — même l'horaire de la prise des médicaments — ne doit être apporté qu'après consultation avec votre médecin, de manière à éviter des répercussions négatives. Ce dernier vous aidera également à évaluer les risques et les bienfaits du changement de médicaments. Sont-ils plus efficaces ? plus simples à prendre ? plus sûrs ?

Avant d'être approuvés, tous les médicaments anti-VIH sont soumis à de rigoureux essais cliniques réalisés auprès d'un grand nombre de patients qui sont suivis pendant plusieurs années. Ces études démontrent rarement qu'un médicament surpasse de loin la capacité d'un autre à rendre la charge virale indétectable. Dans de tels essais, on démontre

généralement la « non-infériorité » du nouveau médicament, c'est-à-dire que l'on démontre qu'il n'est pas pire que l'ancien. De même, il semble qu'une fois la charge virale indétectable, aucun médicament ne parvienne à rétablir plus vite ou plus complètement le système immunitaire que les autres médicaments.

Cependant, les médicaments anti-VIH possèdent des caractéristiques qui leur sont propres, par exemple la commodité de la posologie, les effets indésirables, les toxicités à long terme, le risque de réactions allergiques, les contre-indications en cas de grossesse ou de comorbidité, etc. C'est à vous de voir s'il y a lieu d'examiner avec le médecin des problèmes particuliers qu'un changement d'ARV pourrait atténuer. Par exemple, si vous avez développé une toxicité ou une résistance à d'anciens médicaments, il se pourrait que l'ajout de nouveaux agents anti-VIH vous sauve la vie.

Nous en savons moins sur les nouveaux médicaments que sur les ARV prescrits depuis des années. Pour savoir s'ils entraîneront de rares effets secondaires ou des toxicités qui se développeront lentement, il faut que de nombreux patients prennent le médicament pendant longtemps, et il en est de même pour les interactions. Les ARV agissent différemment d'une personne à une autre, selon l'état de santé (par ex. maladies du foie) et les autres médicaments pris en même temps. Enfin, il se peut que l'on comprenne moins les facteurs à l'origine de la résistance aux nouveaux médicaments au moment où ils sont approuvés.

Une étude examinant le changement de médicament a montré qu'il est difficile d'évaluer dans quelle mesure chaque médicament d'un régime ARV contribue à rendre la charge virale indétectable. Or, il se peut que celle-ci augmente si le médicament le plus efficace est retiré et remplacé par un nouveau.

Un dernier conseil : si votre régime actuel fonctionne bien et que vous ne ressentez pas le besoin d'un changement immédiat, vous réduirez les risques, connus et inconnus, entraînés par le changement en attendant qu'on ait plus de données sur le nouveau médicament. **R**

Le Dr Colin M. Kovacs, FRCPC, est professeur à la Division des maladies infectieuses (Département de médecine interne) de l'Université de Toronto, et chercheur au Canadian Immunodeficiency Research Collaborative.

Avez-vous d'autres questions ?

Faites-les parvenir à :

relais@parkpub.com



Quoi de neuf ?

La 5^e Conférence de la Société internationale du sida sur la pathogénèse, le traitement et la prévention du VIH s'est tenue du 19 au 22 juillet 2009 à Cape Town, en Afrique du Sud. Le **D^r Harold Dion**, corédacteur en chef de *Relais*, y a assisté et nous en rapporte les faits saillants.




L'épidémiologie

L'Afrique du Sud abrite le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) : sur une population de 46 millions, on estime qu'il y a 5,7 millions de personnes infectées par le VIH et environ 1 000 décès liés au VIH par jour. L'épidémie frappe toutes les couches de la société sud-africaine, mais les femmes sont les plus touchées. Pour le moment, quelque 600 000 personnes ont accès au traitement antirétroviral (ARV), mais d'ici 2011, selon le plan stratégique national sur le VIH/sida, 80 % des PVVIH devraient y avoir accès. Or, il s'agit là d'un défi de taille pour ce pays aux ressources limitées.

Les nouveaux traitements

En ce qui a trait aux nouveaux traitements, un essai clinique de phase 2 portant sur un nouvel inhibiteur de l'intégrase (S/GSK1439572) a démontré une activité remarquable à une dose de 50 mg prise une fois par jour. La charge virale de 70 % des patients (N=35) était inférieure à 50 copies/mL et le médicament a été bien toléré. Également, celui-ci affichait une certaine efficacité contre les virus résistant aux inhibiteurs de l'intégrase de première génération (raltégravir et elvitégravir). Grâce à ces résultats impressionnants, l'essai passe à la phase suivante.

Parmi d'autres traitements prometteurs rendus à la phase 3 des essais cliniques, mentionnons les suivants :

- TMC 278 (rilpivirine) sous forme de dose fixe, en association avec le ténofovir (Viread®) et le FTC (emtricitabine)
- Elvitégravir (inhibiteur de l'intégrase)
- Vicriviroc (autre molécule anti-CCR5 appartenant à la même catégorie que le maraviroc) 

Ce compte-rendu ne représente qu'un petit échantillon des présentations données lors de la conférence. Vous trouverez une liste complète des abrégés à l'adresse suivante : www.ias2009.org.



Moins de médicaments pour traiter efficacement les virus résistants ?

Voilà une question que beaucoup de scientifiques se posent depuis un certain moment. Or, l'étude présentée par l'équipe de la Clinique médicale l'Actuel, de Montréal, pourrait fournir une piste de réponse. Elle a démontré qu'on pourrait réduire le nombre de médicaments pris par les PVVIH affichant une résistance pharmacologique. Chez ces dernières, les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) ont souvent une faible activité antivirale, mais on les utilise en thérapie de sauvetage, et ce, malgré l'absence de données en montrant l'efficacité.

À partir des dossiers de 101 patients, l'équipe a évalué l'efficacité d'un nombre variable d'INTI dans les thérapies de sauvetage. Les patients étaient traités depuis une douzaine d'années et prenaient en moyenne 4,14 médicaments, dont 2,15 seulement étaient toutefois considérés actifs. Les patients avaient tous été exposés aux trois premières catégories d'ARV (INTI, INNTI et IP) et recevaient au moment de l'étude au moins une des molécules nouvellement approuvées (étravirine [Intelence®], maraviroc [Celsentri®] ou raltégravir [Isentress®]).

Or, on a constaté que le fait de donner plus d'INTI, en particulier si les tests de résistance avaient révélé leur inactivité, n'entraînait pas forcément une meilleure réponse virologique ! Des analyses plus approfondies, réalisées dans le cadre d'un essai clinique, seront effectuées à partir de l'automne 2009 afin de déterminer plus précisément les médicaments que l'on pourrait retirer sans nuire à la santé des patients.

Ces résultats ont suscité un vif intérêt dans la communauté scientifique internationale, en particulier de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, qui est bien placée pour savoir que la diminution du nombre de médicaments administrés aux PVVIH résistantes à plusieurs traitements se traduit non seulement par une réduction potentielle des effets indésirables et des interactions médicamenteuses, mais aussi par des coûts moindres, donc une plus grande accessibilité aux traitements pour les pays pauvres.