



rsms.asso.fr

NUMERO 57  
JUILLET 2004

**XVème CONFERENCE  
SUR LE SIDA  
11 / 16 JUILLET 2004**

### CITOYENS DU MONDE....

C'est le sentiment que l'on avait en parcourant les allées de cette Conférence de Bangkok où se sont à nouveau rassemblés chercheurs, soignants associations et malades. Cette année, un programme spécial était censé amener à réfléchir les politiques... Le maître-mot « ACCES POUR TOUS » nous renvoie au « REDUIRE L'ECART » de la Conférence de Genève, il y a 8 ans... Le traitement des plus démunis n'avance pas vite !

#### **Au chapitre des essais cliniques :**

- des études pilotes, dont une à 48 semaines, sur 30 patients (IMANI-1) évoquent l'utilisation du lopinavir/rit (KALETRA\*) en monothérapie : 11 patients n'ont pas terminé l'étude, 3 échecs virologiques -sans mutation virale associée- 58% (19/30) indétectables <400 (en Intention de traiter, ITT) ;
- les résultats de TORO, à 96 semaines évaluant l'association du T20 (FUZEON\*) à un traitement optimisé sont encourageants sur la persistance de l'effet bénéfique sur les taux de CD4 et la baisse de la charge virale chez les patients qui poursuivent les injections (47,7% d'abandon) : 26,5% <400 en ITT, 47,6% sous traitement.

Plusieurs études sont en cours afin d'évaluer les stratégies d'interruption de traitement, l'approche de cette conférence tient davantage compte de la présence des patients et des associations qui les représentent : médicalement, le risque de survenue de mutations avec une potentielle résistance du virus est mise en avant, les Inhibiteurs de Protéase (IP) étant moins responsables que les (IN) ou que les Inhibiteurs Non-Nucléosidiques (INN) quant à la rapidité de leur installation. Le risque épidémiologique de transmission sexuelle du virus, qui de plus est muté, pose question dans les séquences d'arrêt de traitement. La baisse globale du coût de ces stratégies n'est pas prouvée à long terme. Tous ces éléments justifient encore de ne considérer les arrêts de traitement que dans le cadre d'essais cliniques.

Néanmoins, un patient thaïlandais, très applaudi, a raconté sa vie au quotidien sous traitement - qu'il a eu la chance de recevoir dans le cadre de l'essai STACATO - L'arrêt de celui-ci, guidé par le taux de CD4 lui permettant d'avoir une meilleure qualité de vie depuis 1 an et demi. Stefano VELLA, ancien Président de l'IAS a rappelé qu'il nous fallait écouter les patients qui réclament des arrêts de traitement...

Deux approches différentes sont ici résumées : des interruptions structurées cycles courts de traitement/interruptions et des interruptions longues guidées par le taux de CD4.

Dans l'étude STACATO, sur 74 patients, l'association 3TC/TENOF a remplacé le schéma d4T/ddI du fait de la toxicité mitochondriale de ce dernier, en association à SAQUINAVIR HGC 1600MG/RITONAVIR 100 MG.

Trois bras étaient prévus :

1. TRT continu
  2. Interruption de TRT si CD4>350
  3. 1 semaine TRT/1 semaine sans TRT
- L'échec précoce de ce dernier a conduit à sa suspension.

La reprise du traitement (identique à l'initial) s'accompagne d'un succès sur la baisse de charge virale (<50 cop/ml) à 96 semaines. Ce schéma 2 permet de diminuer de 45% l'exposition aux Anti-viraux.

Le schéma 5 jours de TRT / 2 jours d'arrêt peut être une alternative intéressante - nombre de nos patients le font parfois d'eux-mêmes - Une étude sur peu de patients ne montre qu'un échec virologique dans le groupe continu et un dans le groupe 5J TRT/2J ARRET, à 72 semaines, en réduisant le « coût global » de 30%.

Une autre étude menée en Ouganda sur 95 patients propose 3 bras, à 72 semaines :

1. TRT continu (32 pts) 7 échecs viro.
2. 7J TRT/7J SANS (32 pts) 9 échecs
3. 5J TRT/2J SANS (31 pts) 1 échec.

Les échecs sont en rapport avec des problèmes d'adhérence au traitement. Nevirapine et efavirenz sont exclues de ces schémas d'arrêt du fait des mutations rapidement induites.

Les résultats préliminaires de WINDOW sur 403 patients, en France, étaient présentés par Bruno MARCHOU. Ils ne permettent pas de conclure sur ce schéma 4 semaines de TRT/ 8 semaines d'arrêt... quelque questions sont posées :

- la perte de 100 CD4 en moyenne dans le bras interruption, à 48 semaines,
- 3 cas de réactivation virale,
- 30% de mutations au niveau de l'ADN des PBMC à J0, retrouvées à S8 sur l'ARN plasmatique (taux resté constant tout au long de l'étude.

Les résultats à 96 semaines sont attendus pour avril 2005.

## Impact de la prostitution sur la transmission du VIH

Une étude comparative, menée à Londres, entre 1990 et 2000 montre une augmentation de 2 à 4,2% du recours à des prostituées dans un échantillon de population d'hommes (n=6000 en 1990, n=4762 en 2000). Facteurs favorisant : 25/34 ans, non marié, résidant ou travaillant à Londres. Les contacts sont favorisés par Internet et entraînent une baisse de la prostitution de rue. Le travail de prévention fait sur les prostituées et leurs clients par les équipes de rue ne permet pas de viser ces nouvelles pratiques et pose un réel problème dans l'augmentation de la prévalence des IST et du VIH.

Une étude menée au Brésil sur 1775 conducteurs de camions évoque que 46% d'entre eux avaient eu des rapports sexuels « non réguliers » (payant ou occasionnel) dans les 6 derniers mois : une prévention ciblée sur cette population vulnérable est donc nécessaire.

### Compliance au traitement

La combinaison d4T/3TC/NEVIRAPINE, générique en Ouganda (TRIOMUNE\* ou MAXIVIR\*) montre de bons résultats dans une population défavorisée (78% <400 cop/ml à 12 semaines) avec environ 85% d'adhérence au traitement.

## LES RAPPORTS ET LES SYNTHÈSES

Bernard HIRSCHTEL (Genève) s'est illustré par son « absence de langue de bois » et ses commentaires. Il dénombre 20 anti-VIH et 1333 trithérapies possibles... quelle est la meilleure ?

### Transmission materno-fœtale

La transmission de mutations de résistance aux INN de la mère à l'enfant, si ce dernier est contaminé, s'ajoute au risque bien connu de sélection de mutations (K103N, Y181C,...) chez les femmes ayant reçu une mono dose

de nevirapine à l'accouchement (20 à 75% des cas selon les études).

Une étude sud-africaine montre un risque de transmission de mutation aux INN de 33% (8/24) lorsque la mère et l'enfant étaient traités par nevirapine monodose à l'accouchement, et de 13% (3/23) si seul l'enfant exposé au risque était traité par monodose de nevirapine et malgré tout contaminé.

Un traitement mis en place ensuite chez l'enfant évaluait les répondeurs à 6 mois (<50 cop/ml) :

- 68% chez les enfants non exposés à la nevirapine à l'accouchement,
- 52% chez les enfants exposés, sans résistance induite,
- 38% chez ceux qui furent exposés et développèrent des résistances.

L'association AZT /3TC/NEVIRAPINE traitement court chez la mère et l'enfant (LbOrB09) sur 3 bras montre :

Bras 1 : nevirapine seule, 9/18 cas de transmission de résistances,

Bras 2 : AZT/3TC/NEV 4 jours,

Bras 3 : AZT/3TC/NEV 7 jours : 4/43 de transmission de résistances...

#### Coût et examens biologiques

Le prix des médicaments n'est pas le seul obstacle à la prise en charge. Au Malawi : 1 mesure de la charge virale = 1 numération des CD4 = 6 mois de traitement anti-VIH.

#### Coût et efficacité

Ce qui est le plus cher n'est pas forcément la stratégie la plus efficace, le T20 est nommément cité par B. HIRSCHL dans un tableau comparatif des succès thérapeutiques versus leur coût.

#### Efficacité et tolérance

Les résultats à 144 semaines de l'étude 903 sur 300 patients évaluant TENOFOVIR/3TC/EFAVIRENZ à d4T/3TC/EFAVIRENZ montre une efficacité légèrement supérieure (73% <50 contre 69% en ITT) avec le ténofovir, mais surtout une tolérance significativement

meilleure vis à vis des troubles lipidiques et des lipodystrophies avec ce dernier.

8 patients développent une K65R sous tenofovir, 2 patients sous d4T.

#### Lopinavir/ritonavir à 5 ans

L'étude 720 menée depuis plus de 5 ans chez des patients naïfs montre un taux de 64% de succès virologique (<50 cop/ml) à 5 ans, en ITT, sans qu'aucune mutation significative n'apparaisse chez ces patients sous d4T/3TC/LOP/r.

*Les conclusions nous rappellent que selon les pays, l'utilisation de telle ou telle combinaison est limitée : lorsqu'on ne peut pas conserver une bouteille de coca au frigo, il en est de même pour des médicaments au long cours...*

#### SEX, LIES AND AIDS CONFERENCE\*

*\*sexe, mensonges et conférence sur le SIDA*

Au-delà des publications scientifiques, sociales, économiques et politiques, les témoignages des communautés restent des éléments majeurs de ce rendez-vous bisannuel. La parole fut donnée aux activistes.

Les grand courants spirituels proposent le ABC (Abstain, Be faithfull, Condom) = abstinence sexuelle, fidélité à son partenaire, ou utilisation du préservatif. Le C est souvent oublié dans les messages religieux, niant les droits sexuels dans les communautés : il faut renoncer à l'abstinence et revenir à la réalité et pas à l'idéologie.

NO LEADER SHOW proclame alors le rapporteur, dénonçant la publicité faite par des politiciens et autres acteurs américains autour de leur venue... pour faire quoi, en pratique ?

NON AUX PROMESSES VIDES, il rappelle que 8000 personnes sont mortes du SIDA pendant la durée de la conférence à laquelle elle n'avait pas ACCES, elles n'avaient pas ACCES AU TRAITEMENT...

QUEL ACCES ?

- aux programmes de traitement ?
- aux moyens de prévention ?
- à cette conférence ?

L'accent fut mis sur la vulnérabilité de plus en plus de groupes, de gens qui réclament des réponses socio-économiques différentes : 3 groupes ont été les « oubliés » de cette conférence :

- LES PAUVRES,
- LES JEUNES
- LES FEMMES JEUNES MARIEES CONTRE LEUR GRE ET VIOLENTEES

Les politiques doivent renoncer aux programmes qui ne marchent pas et doivent renforcer ce qui réussit.

Nelson MANDELA a rappelé qu'il faut traiter la tuberculose en même temps que de s'attaquer au SIDA (ce qui n'est pas toujours le cas en Afrique).

Joep LANGE, Président de la Conférence, a déclaré que le VIH n'infectait pas les gouvernements mais les gens : que peut-on faire contre les « mauvais gouvernants »... Il a également raconté l'histoire de médecins africains investis dans leur mission, il nous a rappelé que nous ne pouvions pas tous « être des héros ».

#### En marge de la Conférence...

Les activistes ont comme chaque fois dénoncé l'attitude de l'industrie pharmaceutique. Plusieurs stands de laboratoires en ont subi les assauts, mais cette année les politiques et les gouvernants sont interpellés : un protocole de traitement préventif doit débiter en Afrique (Cameroun, Nigéria, Ghana) afin d'évaluer l'efficacité du ténofovir 1/j contre placebo 1/j dans la diminution du risque de transmission du VIH chez les prostituées (sur 12 mois). ACT UP dénonce le manque de moyens de prévention prévu pendant l'étude et la non assurance que les prostituées qui seraient contaminées puissent avoir accès au traitement à l'issue de l'étude.

#### AU TOTAL...

Les activistes ont donné rendez-vous aux « leaders » à TORONTO, en 2006...

Les promesses de 2000 à DURBAN, non tenues à BANGKOK, ont-elles une chance de se réaliser en partie dans les 2 ans qui viennent ?

Patrick PHILIBERT

*Compte-rendu non-exhaustif, à chaud, et forcément subjectif ...*

### RAPPORT DELFRAISSY 2004

La nouvelle mouture a été distribuée à Bangkok, très médicale, elle fixe les recommandations actuelles en matière de « bonnes pratiques » déconseillant les bithérapies et trithérapies d'Inhibiteurs Nucléosidiques, précisant les possibilités de traitement pendant la grossesse et dressant un tableau comparatif et instructif des coûts mensuels de chacune des molécules en France.

#### LE FONDS D'URGENCE

Le Fonds d'Urgence du R.S.M.S. continue son activité, il permet des aides alimentaires, financières et aides au transport.

8 000 € supplémentaires ont été obtenus sur 2 ans auprès de la Fondation MARC.

Aude FRIXTALON, Coordinatrice Sociale de la Fédération.

Renseignements au 04-91-92-74-84.

#### LE DISPOSITIF D'AIDE PSYCHOLOGIQUE AU DOMICILE DU PATIENT

Ce dispositif s'adresse à toute personne présentant une souffrance psychologique liée à l'infection V.I.H ou V.H.C et qui ne peut se déplacer pour des raisons sociales ou psychologiques.

Pour info [04 91 92 74 84](tel:0491927484) ou le N° du dispositif 06-09-87-05-94 Mme VIARD.

**Nous organisons toujours la collecte de médicaments dans nos locaux : antirétroviraux, mais aussi traitements des infections opportunistes....**

**Nous assurons ensuite le transfert notamment vers le MAROC**

**Info : 04-91-92-74-84**