LA LETTRE DE

RSMS
RESEAU SANTE MARSEILLE SUD

rsms.asso.fr

NUMERO 59
MARS 2005

« LA CROI 2005 »
XIIème CONFERENCE SUR LES RETROVIRUS ET LES INFECTIONS OPPORTUNISTES
BOSTON 22/2- 25/02/05

David HO, célèbre pour son travail sur le virus a ouvert la conférence en notant la présence de 3900 délégués venant de 72 pays, dont 42 % non citoyens US .
Les présentations débutent sur une contreverse : ***quelle place pour la névirapine monodose en prévention de la transmission maternofoetale ?*** Des études sont en cours afin de préciser la place de ce schéma... mais 4 ou 7 jours de traitement par AZT/3TC diminuent le risque d'émergence de virus résistant aux non nucléosidiques chez la mère (4.7% versus 19 à 69 % selon les sous-types). L'ajout d'AZT seul n'apporte rien.
Mais la réalité est que ***seules 3 % des femmes qui le nécessitent sont traitées en Afrique !*** Les politiques décident des moyens... les media ont tendance a déformer les risques (toxicité par exemple versus diminution du risque de transmission qui est réel...).

En résumé : mieux vaudrait une trithérapie... il faut essayer le ténofovir... la monodose de névirapine reste une alternative quand on n'a pas d'autre solution **(J. McIntyre, Johanesbourg).**

SOMMAIRE

COMPTE-RENDU DE LA CROI 2005
Dr Patrick PHILIBERT
****
ASSEMBLEE GENERALE DE RSMS
22 MARS 2005
RESTAURANT « LE THEMIS »
92 RUE GRIGNAN
A PARTIR DE 20 H
****

Une étude francaise **(De Truchis/Kirstetter)** évalue l'intérêt du MAXEPA* chez 146 patients : diminution de 25.5 % des triglycérides sous Maxepa*, en intention de traiter : normalisation des TG dans 22.4 % des cas versus 6.5 % avec régime seul.

Etude DAD (cohorte multicentrique internationale) : on constate une augmentation régulière et significative des évènements cardiovasculaires chez les patients sous HAART en particulier après plus de 6 ans d'utilisation, les femmes ne sont pas épargnées... (antécédents de maladies cardiovasculaires ou familiaux, homme et tabac sont les principaux facteurs associés).

Le ténofovir est aussi efficace que l'abacavir sur la diminution de la lipoatrophie chez les sujets pré-exposés à l' AZT ou la d4T. Meilleurs résultats sur le profil lipidique et moins d'arrêts de traitement sous ténofovir que abacavir (hypersensibilité) **Etude RAVE, G. Moyle.**

Une brillante présentation de **Peter Reiss** (Amsterdam) fait le point sur l'état des connaissances sur les lipodystrophies et nous rappelle qu'une diminution de dose de d4T est nécessaire lorsqu'on est contraint d'utiliser cette molécule, que son remplacement par abacavir ou ténofovir présente un intérêt pour améliorer la lipoatrophie, que les IP agissent par d'autres mécanismes impliquant une hypertriglycéridemie et que l'atazanavir peut être une option protectrice dans ce cas. Il met en garde la communauté scientifique sur le fait

que dans le programme «3 by 5» ***50 % des patients sont sous d4T***, nous avons l'obligation morale de mettre en place des schémas thérapeutiques qui tiennent compte des futures lipoatrophies qui vont advenir aux patients dans les "pays du sud".

Une étude parisienne présente 12 cas de contamination par le VHC par voie sexuelle (traumatique) par des virus différents de ceux qui circulent habituellement chez les usagers de drogues en région parisienne (10 de type 4d, 1 de type 1a, 1 de type 3a) le traitement de ces patients en primo-infection a été un échec. L'équipe préconise une surveillance des transaminases et de renouveler les tests de dépistage dans cette population. (**MLChaix**)

ENTECAVIR, nouvel agent anti-VHB, testé chez 51 patients coinfectés VIH/VHB versus 17 patients placebo, montre une baisse de 3,66 log en moyenne de l'ADN VHB dans le groupe entecavir, 84% de réponse à 24 semaines, pas plus d'effets secondaires que le placebo, sans effets délétères sur les paramètres VIH. (**ETV-038**)

Sujet récurrent et complexe : la surinfection par un deuxième virus est-elle possible ?
B.Choan présente une étude bien documentée et semble démontrer que la ré-infection par un virus de sous-type différent ou recombinant est possible même si elle est difficile à prouver avec nos méthodes actuelles, cet élément est à prendre en compte dans l'élaboration des futurs vaccins: plusieurs souches virales avec des sous-types différents peuvent co-exister chez un même individu, et ce dès la première infection, à un faible niveau, pouvant ne pas avoir été détecté au départ.

Le congrès s'achève sur un symposium de dernière minute à propos du cas de transmission d'un virus multirésistant et qui provoque l'évolution vers un SIDA extrêmement rapidement. Il s'agit d'un homosexuel qui avait de multiples relations sexuelles non protégées, utilisateur de méthamphétamines, testé négatif en mai 2003 et qui semble avoir présenté un syndrome clinique de primo-infection début décembre 2004. CD4 80/mm3 en décembre, 39 en février 2005, charge virale 280 000 cop/ml en décembre, environ 650 000 en février, perte de 4 kg en 3 semaines, avec une altération de l'état général.

GENOTYPE ET PHENOTYPE montrent une résistance a tous les antiviraux disponibles sauf éfavirenz et T20 (inclus dans la combinaison thérapeutique instituée). Il s'agit d'un sous-type B, unique dans la database interrogée, on n'a pas encore retrouvé de marqueur HLA qui oriente vers une prédisposition génétique, il est encore impossible de dire s'il s'agit d'un virus agressif (inhabituel dans les contaminations de virus mutants) ou si le patient a une prédisposition génétique particulière, on ne sait pas s'il s'agit d'un seul cas ou d'une nouvelle souche.

L'alerte sanitaire a été déclenchée devant le risque potentiel que ce virus peut représenter et du nombre important de sujets contacts en rapport avec ce patient.

Ce compte-rendu « à chaud » est loin d'être exhaustif… Une soirée couvrant tous les aspects abordés est prévues pour les médecins par le Laboratoire GILEAD.

Dr Patrick PHILIBERT,
Coordinateur RSMS

LE MEILLEUR DU CROI 2005
(destiné aux médecins)
Pr GALLAIS
Dr TAMALET
Dr TOLLINCHI
Dr RAVAUX
Dr BOURLIERE
*****
« LE POISSON QUI MARCHE »
à Saumaty
LE 7 AVRIL 2005
ebasset@gilead.com