

Quelles sont les stratégies de lutte contre le VIH/SIDA et quels sont les objectifs ?

B. Hoen

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU de Besançon, 25030 Besançon cedex, France.

L'idéal serait de maîtriser et si possible de stopper l'épidémie. Pour ce faire, il faudrait prévenir l'apparition de nouvelles contaminations, avoir une politique volontariste de dépistage et de traitement des sujets infectés partout dans le monde, et améliorer les traitements des sujets infectés et traités (Fig. 1).

1. Peut-on prévenir l'apparition de nouvelles contaminations par une prophylaxie pré-exposition ?

On pourrait envisager une prophylaxie pré-exposition. La démonstration de l'efficacité des ARV pour diminuer les infections a déjà été faite dans le cadre de la prévention de la transmission materno-fœtale (PTME) ou des accidents d'exposition au sang

(AES) des soignants. L'efficacité de cette prophylaxie a été prouvée chez les primates.

Pour évaluer sa faisabilité dans la « vraie vie » des essais cliniques sont en cours (essai CAPRISA 004) ou vont être initiés (projet ANRS pour évaluer l'efficacité des ARV en pré-exposition par rapport à un placebo sur l'incidence de l'infection HIV-1 chez des homosexuels masculins exposés).

2. Peut-on dépister et traiter tous les patients ?

C'est la nouvelle politique du « test and treat », politique volontariste de dépistage élargi et de traitement des sujets infectés pour utiliser le traitement comme moyen de prévention. On a

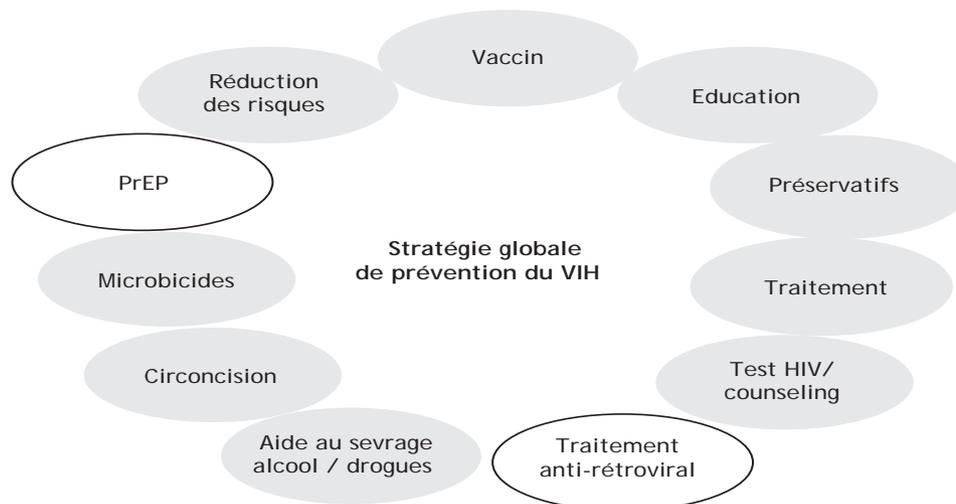


Fig. 1 : Prévention : une vision stratégique élargie.

Correspondance.

Adresse e-mail : bruno.hoen@univ-fcomte.fr

Incidence de nouvelles infections à VIH

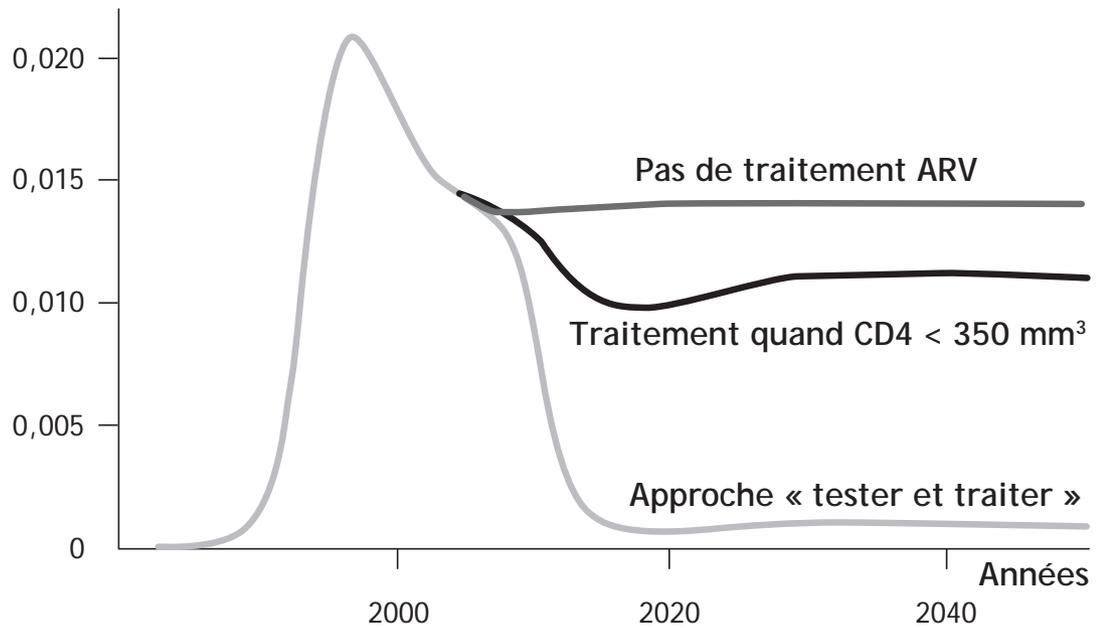


Fig. 2 : Approche du « test and treat » (d'après [4]).

montré aussi bien dans la transmission périnatale que dans les couples sérodifférents, que la transmission est quasiment nulle quand la charge virale est elle-même quasiment nulle, d'où l'idée de dépister le plus largement possible pour traiter le plus largement possible et tenter ainsi de maîtriser l'épidémie [1, 2]. Une étude présentée à la CROI 2010 par Donnell [3] portant sur 3381 couples sérodiscordants avec 108 transmissions intra-couple confirme le fait que la transmission du VIH se fait quasiment exclusivement à partir de sujets infectés qui n'ont pas de traitement ARV (102/103 transmission), avec un taux de transmission de 2,24 %. La seule transmission sous ARV observée était chez 1 patient ayant débuté son traitement moins de 6 mois auparavant.

Des modélisations ont permis de projeter l'évolution de 3 marqueurs (mortalité, incidence et prévalence) selon que l'on traite tous les patients à moins de 350 lymphocytes CD4/mm³ ou que l'on dépiste et traite tout le monde. En termes d'incidence, traiter à moins de 350 lymphocytes CD4/mm³ a un effet très modeste, mais dans l'approche du « test and treat », on peut espérer obtenir un vrai contrôle de l'épidémie (Fig. 2) [4].

Cette réflexion se traduit par des essais thérapeutiques dont un essai randomisé par cluster qui est actuellement en discussion à l'ANRS (réalisation de l'essai à Hlabisa en Afrique du Sud) et qui va comparer « traiter tout le monde » par rapport à « traiter selon les recommandations actuelles » (essai « TasP » *treatment as prevention*).

3. Améliorer les traitements des sujets infectés et traités

Peut-on guérir l'infection à VIH ? La définition de la guérison étant la rémission permanente (prolongée) de la maladie en l'absence de traitement, sa traduction pour le VIH serait plutôt :

- peut-on avoir une élimination du virus de l'organisme (plutôt qu'une « éradication » qui concerne une maladie) ? c'est ce que l'on pourrait appeler la « guérison virologique ».
- peut-on obtenir un contrôle permanent de l'infection sans traitement, même sans élimination du virus ? ce serait alors une « guérison fonctionnelle ».

La guérison virologique ne peut actuellement pas être obtenue puisque dès le début de l'infection, un pool de cellules à longue demi-vie se constitue pour former le réservoir cellulaire, qui peut réensemencer dès qu'on diminue la pression des ARV.

Différentes stratégies de purge de ce réservoir cellulaire ont été proposées : inhibiteurs de l'histone deacetylase (HDAC), inhibiteurs de la DNA méthylation, hexaméthylène bisacetamide, miRNA cellulaires, IL-7 ; ces stratégies sont pour l'instant décevantes, en particulier l'acide valproïque (HDAC) qui n'a pas prouvé son efficacité dans une étude portant sur 56 patients : pas d'augmentation significative du % de sujets ayant une réduction significative des cellules CD4 mémoires [5].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3413455>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3413455>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)