

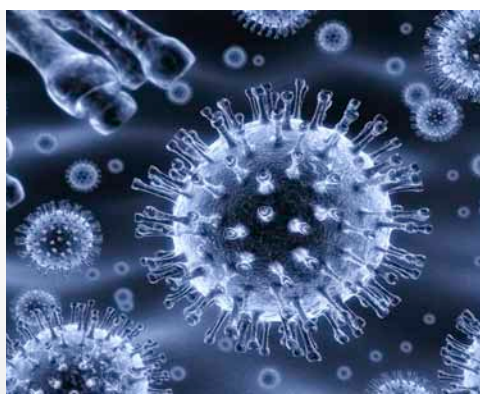


Fondation des personnes de Toronto atteintes du sida

## Bulletin traitement

### Les nouvelles découvertes dans le domaine du traitement du VIH en 2010

Décembre 2010



#### Avis aux lecteurs

Le programme de ressources et de traitements de la Fondation PWA offre des ressources et de l'information pour promouvoir la prise en main et la santé chez les personnes vivant avec le VIH, toujours en avisant la consultation avec leurs prestataires de services de santé. Nous ne faisons aucune recommandation de traitement. Nous encourageons ceux qui s'intéressent à un tel traitement de consulter le plus grand nombre de ressources possibles, y compris un/des prestataire(s) de services de santé qualifié qui connaît les enjeux de la santé des personnes séropositives.

#### Permission du droit d'auteur

Ce document peut être reproduit en version intégrale pour toute instance sans but lucratif. Pour toute altération ou changement du contenu, la permission de l'auteur est requise. L'avis suivant doit être indiqué sur toute copie du bulletin "Traitement":

Ces informations sont fournies par la Fondation des personnes de Toronto atteintes du sida (PWA). Pour toute information supplémentaire, veuillez contacter la Fondation au: 416.506.1400.

Un guide compréhensif aux nouvelles découvertes (2010) dans le domaine du traitement pour les personnes atteintes du VIH/sida.

À chaque année, une multitude d'études et de conférences ont lieu au sujet de la pandémie du VIH/sida partout dans le monde. Les scientifiques, les chercheurs, les médecins et les intervenants communautaires, et d'autres, se réunissent pour échanger les savoirs qu'ils ont acquis sur le VIH et son traitement. Les informations recueillies à chaque année sont vastes, alors ce bulletin de traitement ne servira qu'à souligner quelques études qui ont été publiées ou présentées en conférence en 2010.

### La terminologie

Il y a certains termes clés qui faciliteront la compréhension des informations présentées dans ce bulletin.

(En ordre alphabétique):

*Cohorte* : Ensemble de sujets (comparables quant à leurs caractéristiques : âge, sexe, etc.) qui entrent en même temps sous observation épidémiologique.

*Groupe témoin (Control group)* : Un groupe de participants à une étude qui ne reçoivent pas les mêmes interventions pharmaceutiques (que les autres sujets) pour servir de comparaison lorsque les résultats sont comparés.

*La créatinine* : Une molécule produite lors de la dégradation des protéines et éliminée par les reins. Le taux sanguin de créatinine représente un très bon indicateur de la fonction rénale.

*En double aveugle (Double-blind)* : Méthode utilisée lors d'expériences dans lesquelles ni les sujets ni l'expérimentateur ne sont tenus au courant de la façon dont la variable indépendante est manipulée, tant que l'expérimentation n'est pas terminée. On emploie également les expressions double insu ou double contrôle.

*Médiane* : La médiane est un terme statistique pour le numéro ou la donnée se situant au plein milieu d'une liste de données numériques, c'est-à-dire, la donnée qui est inférieure à la moitié précédente et supérieure à la moitié de la liste qui la suit.

*Les NNRTI ou Les Inhibiteurs non-nucléosidiques de transcriptase inverse* désigne des médicaments qui agissent sur le VIH en bloquant une de ses enzymes, la transcriptase inverse, essentielle à sa réplication car elle permet la copie de son ARN en ADN qui sera intégré à la cellule, d'une manière différente que les NRTI (les Nukes).

*Les NRTI : Les Inhibiteurs nucléosidiques de transcriptase inverse* désigne des médicaments qui agissent sur le VIH en bloquant une de ses enzymes, la transcriptase inverse, essentielle à sa réplication.

*Étude d'observation* : Une étude dans laquelle les sujets suivis ne reçoivent aucune intervention ou traitement de la part des chercheurs (c'est-à-dire qu'il n'y a aucune intention de manipuler les résultats)

*Les Anti-Protéases ou Inhibiteurs de Protéase (PI)* : Des médicaments qui agissent sur le VIH en bloquant la protéase du virus, une enzyme qui permet la synthèse des segments de protéines virales à l'intérieur de la cellule—le PI sont sensé de « désactiver » le virus dans nécessairement bloquer sa reproduction.

*Placebo* : Substance neutre qu'on substitue à une substance thérapeutique, pour étudier les effets psychologiques qui accompagnent la médication.

*Placebo/contrôle* : Une méthode de recherche sur l'efficacité d'un traitement dans lequel un groupe de participants reçoivent un placebo, pendant que l'autre groupe reçoit le traitement à étudier. La comparaison des résultats des deux groupes sert à vérifier l'efficacité du traitement en question.

*Étude aléatoire* : Une étude dans laquelle on choisit au hasard quels participants vont recevoir ou non un tel traitement.

## Le 19<sup>ième</sup> congrès annuel sur la recherche sur le VIH et le SIDA (ACRV)

Saskatoon (Saskatchewan), du 13 au 16 mai, 2010

Rapport du sondage national sur les comportements et les attitudes par rapport au VIH (BEAHIV), examinant le niveau d'accord entre les médecins et les patients quant à la déclaration des symptômes.

Anita Rachlis, John Gill, Marianne Harris, John Macleod, Cathy Worthington, Jonathan Leith, Fernando Camacho, Daniel Turner, Jason Brunetta, Christopher Fraser, Albert Tsang, Huong Hew

L'étude BEAHIV est une étude canadienne récente présentée au congrès ACRV qui examinait la communication entre le patient et son médecin. Elle a été effectuée sur 17 sites à travers le Canada, avec un total de 42 médecins et 1000 patients séropositifs. Après une consultation régulière, le médecin et le patient devaient remplir un formulaire de sondage une fois seulement.

Dans le sondage distribué aux patients, on leur demandait d'indiquer sur une liste de symptômes lesquels ils avaient eus, le degré du dérangement et si ils avaient parlé du symptôme avec leur médecin lors de la visite. Les médecins ont reçu un sondage semblable, leur demandant d'indiquer quels symptômes le patient avait décrits, et si le patient les trouvait dérangeants. Les résultats des deux sondages ont fait l'objet d'une étude comparative.

La comparaison a permis aux chercheurs de constater que les symptômes considérés dérangeants du point de vue du patient n'ont pas nécessairement été reconnus comme tel par le médecin. Lorsqu'il y avait mention de la part et du médecin et du patient qu'un tel symptôme avait été discuté, il y avait un meilleur accord par rapport à la reconnaissance des symptômes. Là où les réponses ont eu la plus grande divergence traitait des symptômes de problèmes de mémoire, des problèmes sexuels, du gonflement, du gaz, et de la douleur.

Il y a quelques raisons pour lesquelles il pourrait exister une discordance entre les deux groupes. En premier lieu, on suppose que le patient pourrait avoir discuté les symptômes avec un autre membre de l'équipe médicale que le médecin, ou lors d'une visite ultérieure. Selon les paramètres du sondage, le symptôme devait être discuté lors de la consultation la journée même ou sinon on ne le considérait pas comme étant « présent ».

Les résultats soutiennent qu'il faut une meilleure communication entre le médecin et le patient, surtout quant à la discussion des effets secondaires. Il se peut que les patients éprouvent une certaine réticence à parler des symptômes qu'ils croient reliés aux effets secondaires d'un médicament qui fonctionne bien parce qu'ils craignent devoir changer d'ordonnance. De leur part, les médecins peuvent mettre l'accent sur le taux des CD4 plutôt que sur la qualité de vie du patient. Il va sans dire qu'une meilleure communication des deux côtés pourrait avoir un effet bénéfique sur la qualité de vie du patient.

*Autrement dit...* les médecins et les patients doivent les deux mieux communiquer l'un avec l'autre. Si tu fais l'effort de soulever un dérangement ou un problème avec ton médecin, il sera plus porté à le reconnaître et à comprendre que cela vous préoccupe.

## Le XVIII<sup>e</sup> Congrès international sur le SIDA

Vienne, Autriche – de 18 au 23 juillet, 2010

L'efficacité du vaccin quadrivalent contre l'infection du virus du papillome humain (VPH) 6/11/16/18 et des maladies associées chez les hommes

H. Jessen, A. Giuliano, J. Palefsky, S. Goldstone, E. Moreira, M. Penny, C. Aranda, E. Vardas, H. Moi, R. Hillman, Y.-H. Chang, D. Ferris, D. Rouleau, J. Bryan, J.B. Marshall, S. Vuocolo, E. Barr, D. Radley, R. Haupt, D. Guris

Cette étude a examiné l'efficacité d'un vaccin contre le virus du papillome humain chez les hommes. Le vaccin, connu sous la marque Gardasil et vendu présentement au Canada, est actif contre les souches de VPH 6, 11, 16 et 18.

L'étude a été effectuée de manière aléatoire, en double aveugle, avec placebo/contrôle dans 95 points cliniques, provenant de 18 pays sur 5 continents. Un total de 4 065 hommes âgés de 16 à 26 ans ont été

recrutés, dont 3 463 s'identifiaient comme hétérosexuels et 602 comme HARSAH (homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes).

Les participants inscrits dans l'étude ont reçu 3 doses de Gardasil ou du placebo après 0, 2 et 6 mois respectivement, suivi par un test de dépistage pour vérifier s'ils étaient séronégatifs pour les 4 souches de VPH jusqu'à la fin des vaccinations. Après 7 mois, lorsque le vaccin est supposé d'être actif, les chercheurs ont commencé l'évaluation de l'infection au VPH parmi les participants en indiquant les résultats. Ce qui n'ont pas reçu les 3 doses (pour une raison ou une autre) mais qui sont revenus pour un suivi pareil, ont été sujets de l'évaluation à partir de la première consultation.

La maladie du VPH chez les hommes peut être présente sous diverses formes :

- L'infection latente du VPH (les lésions du papillome ne sont pas visibles mais l'infection au VPH est confirmée selon un test sanguin)
- Les verrues anogénitales (les bosses qui surviennent sur les génitaux ou autour de l'anus)
- La présence de cellules précancéreuses ou cancéreuses sur le pénis ou dans l'anus (la néoplasie intraépithéliale)
- Les cancers de la région crânienne ou du cou (desquels 20 à 40 % sont provoqués par l'infection au VPH)
- La papillomatose respiratoire récurrente (une condition dans laquelle les excroissances verruqueuses dans les voies respiratoires supérieures peuvent gêner d'une manière importante la respiration.)

Les résultats ont montré que le vaccin Gardasil était très bien toléré en général et que le vaccin était hautement efficace (90,4 %) à prévenir les lésions génitales lorsque les 3 doses ont été administrées selon les indications. Le vaccin était également efficace quant à la prévention de la néoplasie intraépithéliale anale (AIN) et du cancer de l'anus associé au VPH 6/11/16/18 chez les participants HARSAH qui n'étaient pas déjà atteints de ces souches du virus avant le début de l'étude.

*Autrement dit...* Le Gardasil est un vaccin efficace dans la prévention de l'infection au VPH, et des cancers associés, chez les hommes, et ce quant aux quatre souches pour lesquelles le vaccin est actif. Le vaccin se tolérait très bien en général.

#### Le 17<sup>ième</sup> congrès sur les rétrovirus et les infections opportunistes (CROI)

San Francisco, CA, ÉÉ-UU : du 16 au 19 février, 2010

Le régime en doses régulières d'un comprimé d'Elvitegravir/GS-9350/Emtricitabine/Tenofovir DF (Quad) est hautement efficace dans la suppression de la charge virale avec GS-9350 comme agent stimulateur.

Calvin Cohen, David Shambraw, Peter Ruane, Richard Elion, Edwin DeJesus, Hui C. Liu, Lijie Zhong, David Warren, Brian P. Kearney, and Steven L. Chuck

Cette étude a examiné l'efficacité d'un comprimé contenant 4 médicaments (qu'on appelle le « Quad »), une formulation composée de l'inhibiteur d'intégrase expérimental l'elvitegravir, l'agent stimulateur GS-9350 (le cobicistat), le tenofovir et l'emtricitabine. Le GS-9350 n'a aucun effet sur le VIH tout seul, mais s'exprime comme agent stimulateur tel que le ritonavir (le Norvir). Dans une autre étude effectuée par les mêmes chercheurs, le GS-9350 s'est montré pareil au retronavir en termes de l'efficacité, de l'innocuité et de la tolérabilité.

Pour cette étude, les participants devaient être naïf au traitement, avec une charge virale supérieure à 5 000 copies/mL, et un taux de CD4 supérieur à 50; il ne devait montrer aucune résistance aux trois classes principales des médicaments contre le VIH (les NRTI, les NNRTI et les PI), en plus d'être séronégatif pour les hépatites B et C.

Les patients suivaient un traitement soit du comprimé Quad ou du médicament Atripla (un comprimé de 3 médicaments, dont l'efavirenz, le tenofovir et l'emtricitabine avec une posologie quotidienne), qui est déjà utilisé largement. Puisque les deux comprimés contiennent le tenofovir et l'emtricitabine, l'étude s'agissait d'une comparaison de l'elvitegravir (le GS-9350) et l'efavirenz, les médicaments qui distinguaient les deux

comprimés. L'étude a été effectuée en double-aveugle, avec 71 patients inscrits qui ont reçu de manière aléatoire (2 /1) soit le Quad ou l'Atripla.

Après 24 semaines, 90% de ceux qui prenaient le comprimé Quad ont atteint une charge virale indétectable contre 83% de ceux qui prenaient l'Atripla. L'augmentation moyenne du taux sanguin de CD4 était semblable pour les deux groupes, c'est-à-dire de 123 cellules/mm<sup>3</sup> pour le groupe Quad et 124 cellules/mm<sup>3</sup> pour le groupe Atripla. Les chercheurs ont constaté moins d'effets secondaires reliés aux médicaments chez le groupe Quad que chez le groupe Atripla parmi ceux qui ont participé à l'étude.

L'accroissement du taux sanguin de créatinine observé chez les patients qui prenaient l'agent stimulateur GS-9350 était un élément troublant que l'étude a soulevé (le créatinine indique que le GS-9350 pourrait porter atteinte au bon fonctionnement rénal.) Selon leur analyse, les chercheurs croient que l'agent stimulateur pourrait nuire partiellement à l'excrétion de la créatinine dans le système sanguin. Une excrétion diminuée de créatinine est un phénomène que l'on observe avec d'autres médicaments qui, toutefois, ne provoquent pas la toxicité des reins.

*Autrement dit...* Le comprimé Quad s'est montré aussi efficace que l'Atripla dans la suppression de la charge virale, et ce jusqu'aux niveaux indétectables, et dans l'augmentation du taux de CD4, mais avec moins d'effets secondaires. L'agent stimulateur GS-9350 a augmenté le taux sanguin de créatinine, ce qui pourrait représenter une toxicité rénale. Pourtant, les chercheurs ont noté que l'augmentation était mineure, et qu'il existe des médicaments sur le marché pharmaceutique qui ont le même effet sans aucunement créer une toxicité rénale.

#### Article en périodique

Le traitement antirétroviral précoce comparé à la thérapie standard chez les adultes séropositifs en Haïti. *New England Journal of Medicine*, 363 (3), le 15 juillet, 2010, 257-65.

Patrice Severe, M.D., Marc Antoine Jean Juste, M.D., Alex Ambroise, M.D., Ludger Eliacin, M.D., Claudel Marchand, M.D., Sandra Apollon, B.S., Alison Edwards, M.S., Heejung Bang, Ph.D., Janet Nicotera, R.N., Catherine Godfrey, M.D., Roy M. Gulick, M.D., Warren D. Johnson Jr., M.D., Jean William Pape, M.D., and Daniel W. Fitzgerald, M.D.,

Étant donné le débat actuel sur le moment idéal pour commencer le traitement, et vu que la majorité des études recommandent qu'on le commence lorsque le taux de CD4 est élevé (selon des données recueillies dans les cohortes observés), cette évaluation d'un groupe dont les participants étaient choisis de manière aléatoire a fourni des données très attendues sur les avantages du traitement dites « précoce ».

Cette étude aléatoire a examiné les avantages de survie de l'initiation précoce à la thérapie antirétrovirale (avec un taux de CD4 entre 200 et 350) comparée à la manière standard de déterminer le moment pour commencer le traitement (normalement, lorsque le taux de CD4 est inférieur à 200 ou lorsqu'une maladie associée au sida est présente).

Un total de 816 participants ont été inscrits de manière aléatoire 1/1, dont 408 ont été choisis pour commencer le traitement à l'intérieur des 2 premières semaines de l'étude (le groupe précoce), tandis que l'autre 408 (le groupe standard) n'ont reçu le traitement que lorsque le taux de CD4 se diminuait à 200 ou lorsqu'on observait une maladie associée au sida. Les participants éligibles devaient avoir un taux de CD4 supérieur à 200 mais inférieur à 350 au moment de l'inscription, ne devaient pas avoir des symptômes d'une maladie associée au sida, et devaient être naïf au traitement antirétroviral. Les participants ont reçu un suivi d'une durée médiane de 21 mois (sur une étendue de 1 à 44 mois). Les deux groupes ont reçu les mêmes médicaments contre le VIH.

Il y avait 23 décès dans le groupe de traitement standard comparé à seulement 5 décès dans le groupe de traitement précoce. Parmi ces 5 derniers, il n'y avait qu'un décès relié à une maladie infectieuse, tandis que 17 des décès dans le groupe standard y étaient reliés. De plus, on a observé 36 cas de tuberculose dans le groupe de traitement standard contre un total de 18 dans le groupe de traitement précoce.

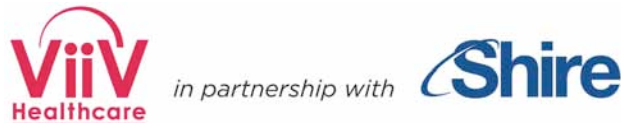
*Autrement dit...* Commencer un traitement antirétroviral lorsque le taux de CD4 est entre 200 et 350 diminue le taux de décès et l'incidence des cas de tuberculose. Cette étude était la première à montrer catégoriquement dans un essai aléatoire qu'il y avait un rapport entre le traitement précoce et les effets bénéfiques sur la santé, dans un contexte d'une évaluation clinique aléatoire (les études antérieures qui sont arrivées aux mêmes conclusions y sont arrivées selon des observations de cohortes).

## Remerciements

Ce bulletin d'info-traitements a été écrit et mis en page par Jennifer Grochocinski, ND, Coordinatrice des ressources traitements à la Fondation des personnes de Toronto atteintes du sida (PWA).

La Fondation PWA aimerait remercier Melissa Egan et le Réseau canadien d'échange info-traitements (CATIE) pour la révision très appréciée qui assure sa précision et son exactitude, à Jordan Arseneault pour la traduction.

PWA remercie également les entreprises Bristol-Myers Squibb, Gilead, ViiV Healthcare en partenariat avec Shire Canada, Merck, et Tibotec pour leur soutien des bulletins info-traitement.



Toronto People With AIDS Foundation  
200 Gerrard Street East, 2nd Floor  
Toronto, Ontario M5A 2E6  
Telephone: 416.506.8606  
Fax: 416.506.1404  
General Inquiries: [info@pwatoronto.org](mailto:info@pwatoronto.org)  
Charitable Registration # 13111 3151 RR0001

### Mission

La Fondation Toronto People With AIDS a pour but de promouvoir la santé et le bien-être de toutes les personnes atteintes du VIH/sida en leur fournissant des services de soutien accessibles, directs, et pratiques