

ACTUALITES VIH – VHB – VHC

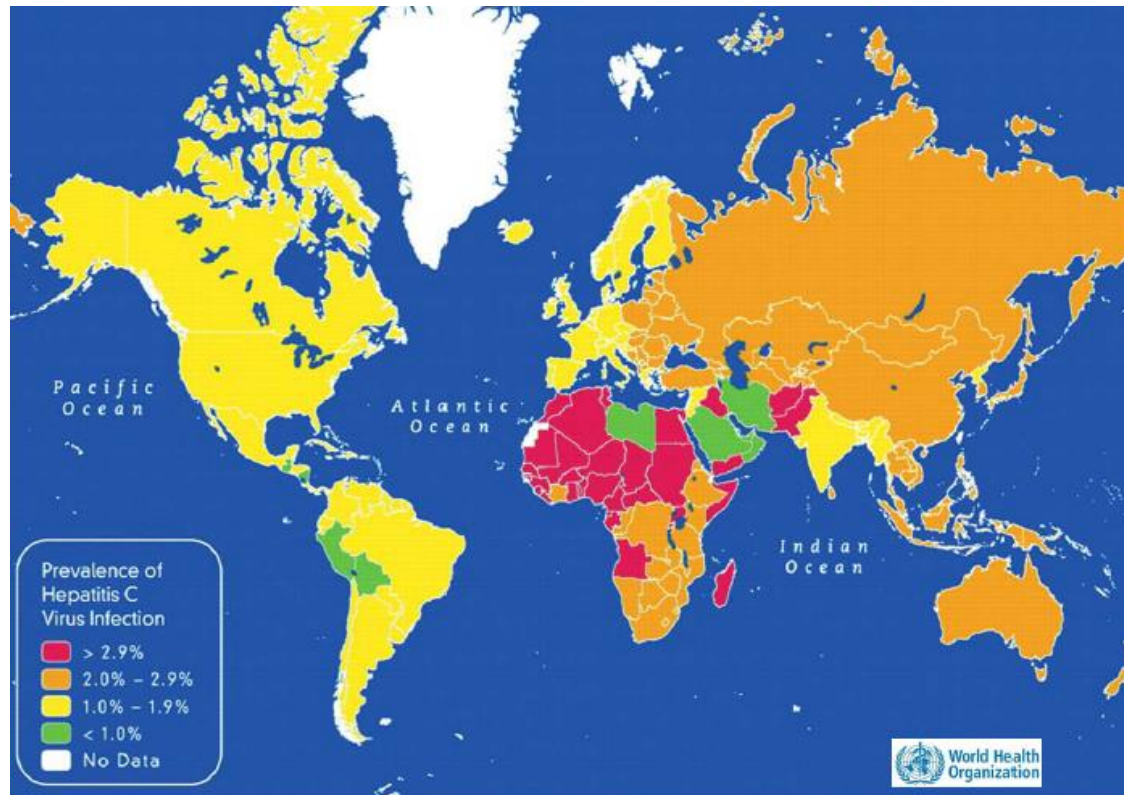
25 Mai 2023

Julien CROUZET
Infectiologue
CH Bagnols-sur-Cèze

VHC



Epidémiologie



Séroprévalence du VHC (monde) : 130 – 150 millions de personnes atteintes
9 400 000 personnes sont sous traitement contre une infection chronique par le VHC

Epidémiologie - France

Séroprévalence faible VHC : 0,15% en 2019

Diminution du nombre annuel d'hospitalisations attribuables à ces hépatites

VHC : 14461 en 2005 vs 1709 en 2020

Diminution du nombre annuel de décès hospitaliers attribuables à ces hépatites

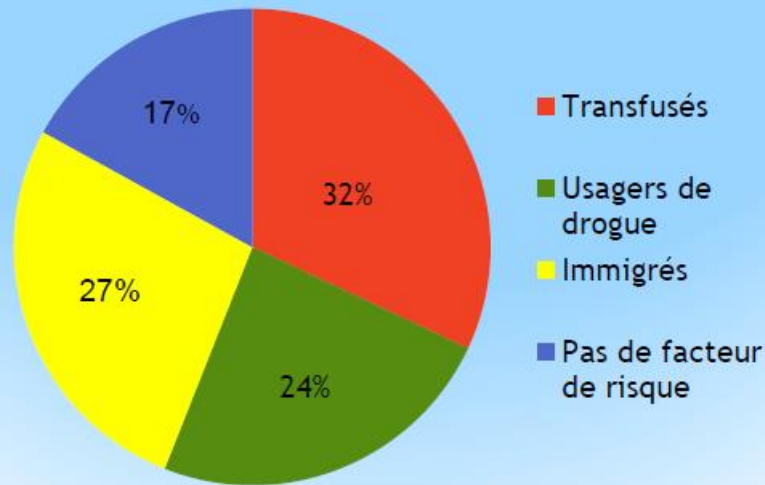
VHC : 526 en 2005 vs 220 en 2020

Mais des disparités de prise en charge sur le territoire (DOM-TOM : méconnaissance, migration)

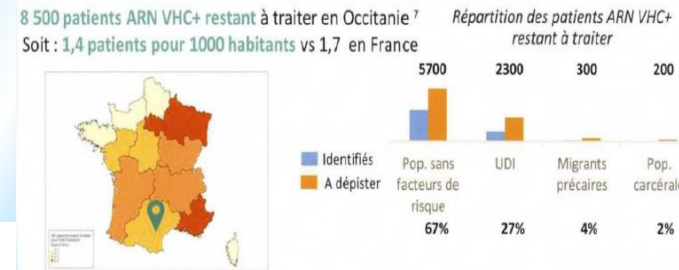
Epidémiologie - France

L'épidémiologie actuelle du VHC en France

En population générale métropolitaine de 18-80 ans, la prévalence de l'hépatite C en 2011 était estimée par modélisation à environ 190 000 personnes



Réservoir de patients ?
90000 patients à traiter
dont 25000 patients non diagnostiqués



Abbvie 2019

VHC : Chercher ceux qui ne sont pas encore guéris

Recueil du nombre de sérologies / an et du nombre de traitements prescrits / an
période: 2014-2021

-> malgré une diminution significative en période COVID le nombre de tests annuels se situe à plus de 3 millions de tests par an.

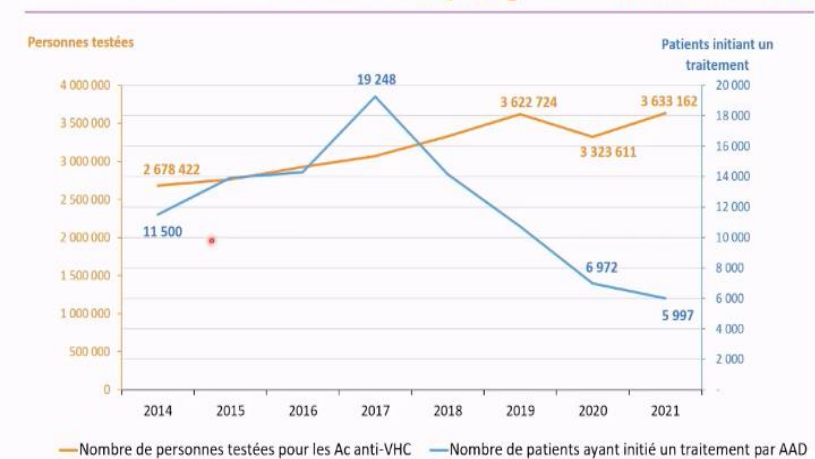
Période 2014 - 2021 = 25 millions de personnes dépistées.

-> 19 248 traitements initiés en 2017 - chute à 5 997 en 2021

Le projet d'éradication du VHC nécessitait la prescription de 120 000 traitements entre 2014 et fin 2021.

Malheureusement on en a compté que 87 000 soit 81% de l'objectif prévu...

Résultats : évolution annuelle du **dépistage** et des **initiations d'AAD**



L'accès aux prescriptions de traitement par les médecins généralistes n'a eu que peu d'effet...

Rq : Ne tient pas compte des TROD réalisés ce qui sous-estime le nombre de tests réalisés.

L'éradication du VHC nécessitera d'analyser au mieux où sont les derniers malades.

Des stratégies de testing des populations cibles et de valorisation des paires sont absolument nécessaires.

Réservoirs du VHC en France ?

Tableau 2 : Prévalence de l'infection VHC en France, en populations générale et pénitentiaire

Année	Prévalence des sérologies VHC+ en % de la population		Prévalence de l'hépatite chronique C en % de la population	
	Générale	Pénitentiaire	Générale	Pénitentiaire
2004	0,84 [15]		0,53 [14]	
2010		4,8 [3]		2,5 [3]
2011	0,75 [5]		0,42 [5]	
2015		4,3 [12]	0,30 [19] ; 0,29 [20]	
2016			0,30 [21]	
2017		2,9 [13] ; 2,9 [16]		1,1 [16]

BEH n°3-4 – février 2022

CEGIDD

- Rapports d'activité et de performance 2018 transmis par 279 / 317 CeGIDD
- 220 895 tests Ag HBs et taux de positivité : 1,2% → 5,2% de l'activité de dépistage au niveau national
- 207 999 tests Ac anti-VHC et taux de positivité : 0,7% → 4,5% de l'activité de dépistage au niveau national

Santé Publique France 2019

Réservoirs du VHC en France ?

- Transmission VHC essentiellement par le sang
- 1^{er} facteur de risque de transmission = UDIV (1 fois dans la vie) +++
- Population à risque :

usagers de drogues

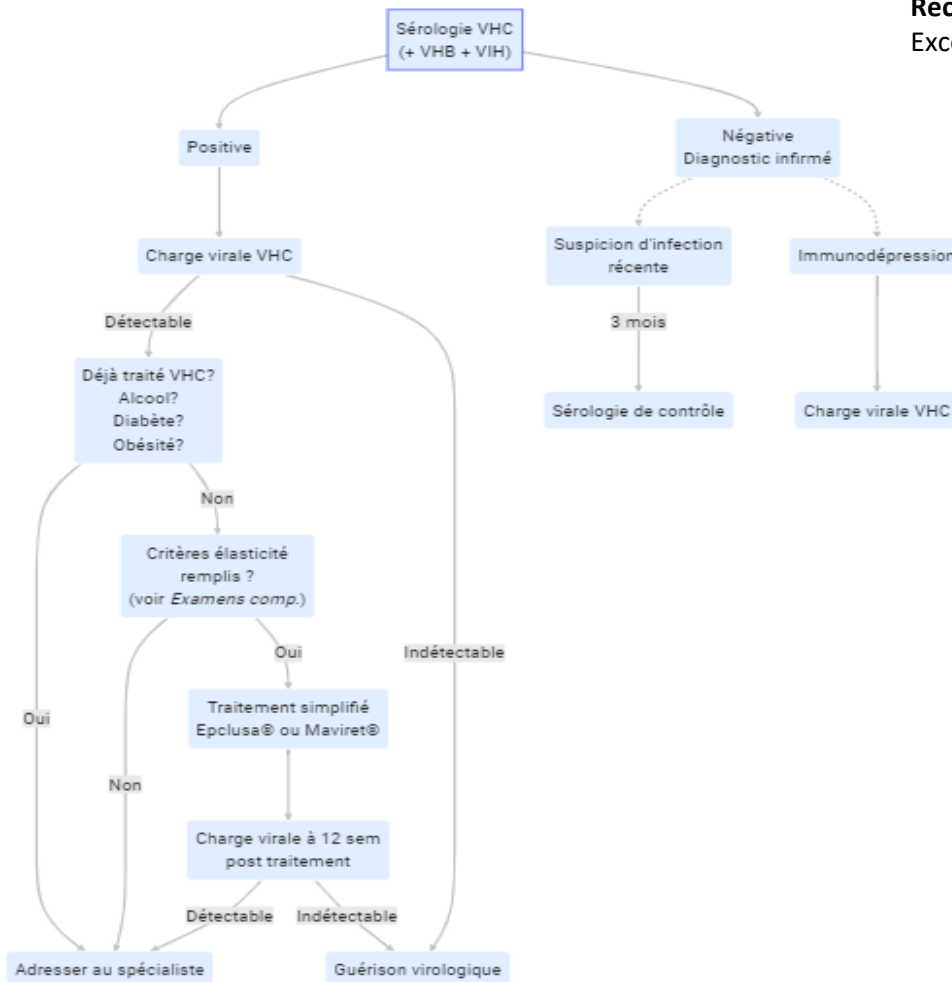
détenus (x5)

patients hospitalisés en psychiatrie (x5 à x10)

*UDI (Usagers de Drogues par Injection) et anciens UDI
fréquemment atteints de troubles psychiatriques*

Traitement VHC - Parcours ?

Recommandations pour tout patient porteur d'une hépatite C active
Exception : patients ayant une espérance de vie limitée



Objectif = guérison virologique

Charge virale VHC (ARN du VHC) indélectable 12 semaines après la fin du traitement antiviral

Objectifs 2aires :

- Stopper l'atteinte hépatique (avec possible régression de fibrose)
- Eviter les complications de la cirrhose
- Diminution des complications extra-hépatique
- Rôle de Santé publique (rompre la chaîne de transmission du virus)

Recommandations AFEF 2018
Recommandations HAS 2019

Traitement VHC - fibrose ?

Evaluation de la fibrose à faire par méthode non invasive +++

Fibrotest

Fibromètre

Fibroscan (élastométrie impulsionnelle ultrasonore)

Pas de maladie hépatique sévère si :

Fibrotest < 0,58

Fibromètre < 0,78

Fibroscan < 10 kPa

Antiviraux VHC

- 1ere génération { SOVALDI (Sofosbuvir) + OLYSIO (Simeprevir) ou DAKLINZA (Daclatasvir)
VIEKIRAX (Ombitasvir + Paritaprevir) +/- EXVIERA (Dasabuvir)
- 1ere ligne non pan G { HARVONI (Sofosbuvir + Ledipasvir)
ZEPATIER (Grazoprevir + Elbasvir)
- 1ere ligne pan G { EPCLUSA (Sofosbuvir + Velpatasvir)
MAVIRET (Glecaprevir + Pibrentasvir)
- 2eme ligne { VOSEVI (Sofosbuvir + Voxilaprevir + Velpatasvir)

Traitement VHC - Comment ?

2 options thérapeutiques disponibles :

Sofosbuvir + Velpatasvir (EPCLUSA)

1cp / jour pendant 12 semaines

Glecaprevir + Pibrentasvir (MAVIRET)

3cp / jour pendant 8 semaines (patient naïf de traitement)

Si patient déjà traité avant : 8,12 ou 16 semaines

(12 sem si cirrhose, 16 sem si G3)

En 1 prise par jour

Excellente tolérance

Excellente Efficacité (RVS>98%)

Peu d'interactions médicamenteuses

Recommandations HAS 2019

Traitement VHC - RCP ?

Situations complexes nécessitant un avis spécialisé :

- co-infection VHB ou VIH
- Insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min/1,73m²)
- maladie hépatique sévère
- traitement antiviral antérieur

En pratique :

Patients Anticorps VHC+ et Charge virale/virémie +

Si absence de co-morbidités*
Si absence de traitement du VHC antérieur
et si fibrose non sévère**



Parcours Simplifié

Traitement pangénotypique:
Sofosbuvir/Velpatasvir 12s ou
Glecaprevir/Pibrentasvir 8s

Après vérification des interactions
Prescription pour la durée complète du trt

Si co-morbidités*
Si traitement du VHC antérieur
ou si fibrose sévère**



Parcours Spécialisé

Traitement pangénotypique:

Sofosbuvir/Velpatasvir 12semaines ou
Glecaprevir/Pibrentasvir 8, 12 ou 16s

Traitement non pangénotypique:

Sofosbuvir/Ledipasvir 8s ou Grazoprevir/Elbasvir12s
Après vérification des interactions



Suivi spécialisé post-SVR
(dépiage CHC et HTP)

*
• consommation d'alcool
• surpoids ou obésité, diabète, syndrome métabolique
• co-infection VHB et/ou VIH
• insuffisance rénale sévère.

**
Fibroscan® < 10 Kpa
Fibrotest® ≤ 0,58
Fibromètre® ≤ 0,786

Traitement VHC - et après ?

Pas de maladie hépatique sévère ou de comorbidité hépatique



Pas de surveillance particulière

Présence de maladie hépatique sévère



Dépistage tous les 6 mois du CHC

Suivi de l'HTP selon le bilan initial

Si comorbidité hépatique : suivi hépato à long terme

Ne pas oublier si exposition à risque VHC :

Dépistage régulier par PCR (charge virale VHC)

Pas de sérologie !!!

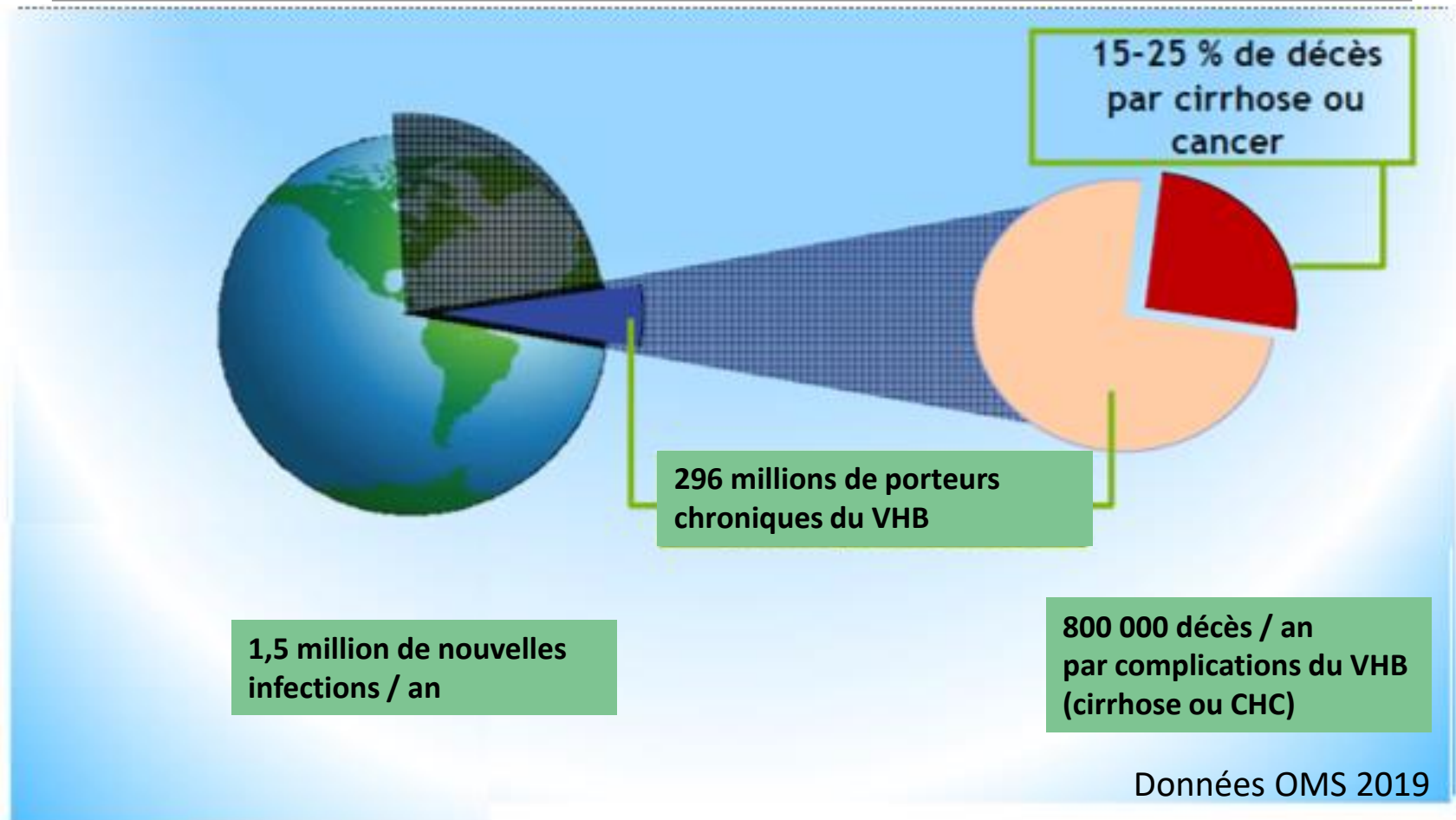
Elimination du VHC en 2025 ?

- Renforcer le dépistage combiné VIH, VHB, VHC (multiples techniques, multiples lieux de dépistage, Hors les murs)
- Renforcer l'accès au traitement (prescription de ville)

VHB

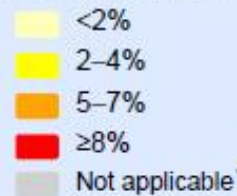


Epidemiologie



Epidemiologie

HBsAg prevalence, adults (19–49 years), 2005³



Increasing prevalence in some European countries:^{5,6}

- Migration from high endemic countries

Decreasing prevalence in some endemic countries, e.g. Taiwan⁷

Possible reasons:

- Improved socioeconomic status
- Vaccination
- Effective treatments

1. EASL CPG HBV. J Hepatol 2017;67:370-98; 2. Schweitzer A, et al. Lancet 2015;386:1546-55; 3. Ott JJ, et al. Vaccine 2012;30:2212-9; 4. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Lancet 2015;385:117-71; 5. Coppola N, et al. Euro Surveill 2015;20:30009; 6. Hampel A, et al. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2016;59:578-83; 7. Chen C-L, et al. J Hepatol 2015;63:354-63.

Epidémiologie - France

Séroprévalence faible VHB : 0,3 % en 2016 (Baromètre Santé 2016)

Augmentation du nombre de dépistage pour VHB

Augmentation du nombre de personnes en ALD pour hépatite B chronique

Mais des disparités de prise en charge sur le territoire

(DOM-TOM : méconnaissance, faible vaccination, migration)

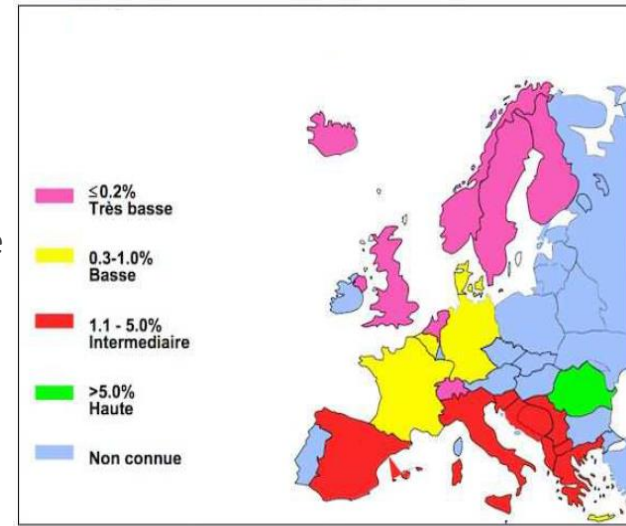


Figure n°2 : Prévalence des Ag-Hbs en Europe en 2009.

Diminution du nombre annuel d'hospitalisations attribuables à ces hépatites

3555 en 2005 vs 1343 en 2020

Diminution du nombre annuel de décès hospitaliers attribuables à ces hépatites

146 en 2005 vs 83 en 2020

Santé Publique France - 2021

Modes de transmission

Transmission Verticale



Nouveau né contaminé par exposition au sang maternel à l'accouchement

Risque d'infection chronique < 5 ans
95 %

Faire une priorité de la vaccination des nourrissons et des enfants.

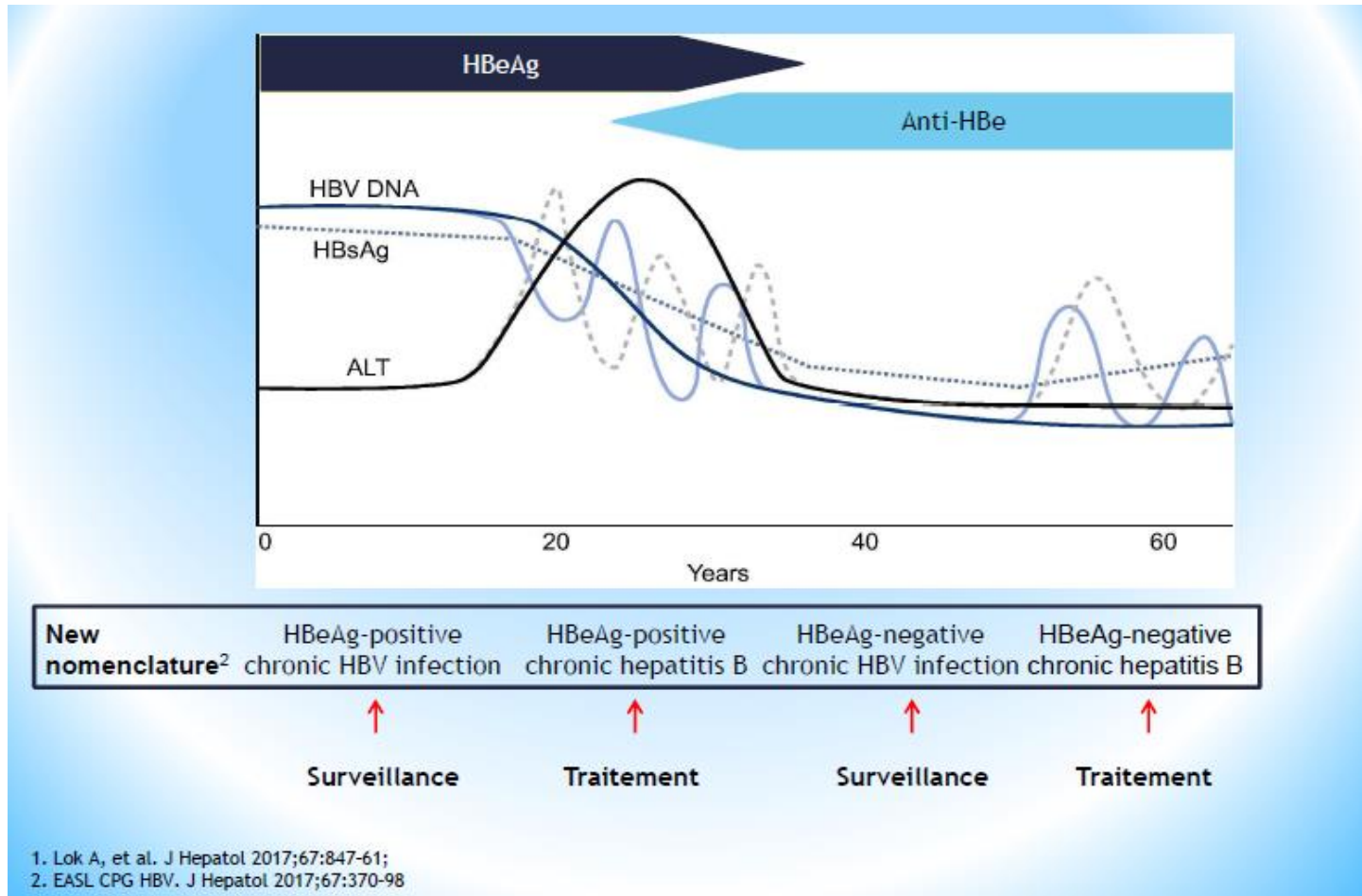
Transmission Horizontale



Aiguilles contaminées
Partage d'objet souillés par le sang (brosse à dent, rasoir)
Contacts sexuels
Transfusion sanguin
Professionnels de santé (AES-AERV)

Risque d'infection chronique > 5 ans
5 %

Infection chronique VHB



Traitement VHB- objectifs

- obtenir une charge virale indétectable au long cours
- une normalisation du bilan hépatique
- la perte de l'Ag Hbs : objectif optimal rarement obtenue

Stopper la progression de la fibrose vers la cirrhose et éviter le CHC

Traitement VHB- indications

1- Hépatite chronique Ag Hbe positif ou négatif

(ADN VHB > 2000 UI/ml , des ALAT > N et F \geq 2)

2- Cirrhose compensée ou décompensée

3- ADN VHB > 20 000 UI/ml et ALAT>2xN

4- Infection chronique VHB AgHbe positif ayant ALAT normales mais charge virale très élevée si âgé de plus de 30 ans

5- infection chronique VHB avec ATCD familiaux de CHC ou de cirrhose ou de manifestations extrahépatiques

Traitement VHB- comment ?

Interféron Pégylé α 2 a : 180 μ g SC /semaine

durée = 48 semaines (12 mois)

Efficacité = 20 à 30 % d'inactivation virale

Analogues nucléosidiques ou nucléotidiques

Entecavir (Baraclude)

Tenofovir (Viread)

durée = plusieurs années

Efficacité = 95 % d'inactivation virale

Vaccination VHB - France

42 % des enfants vaccinés dans le monde (6% Région Africaine OMS)

En France, couverture vaccinale à 3 doses (protection de 98 à 100 %) :

2017 : 84,5%

2019 : 90,5%

Mais , disparités selon territoires : ex. Mayotte

Prévalence AgHbs= 3% couverture vaccinale 15-65ans = 27%

Vaccination VHB - indications

Disponible depuis 1982 (pop ciblée puis nourrissons depuis 1991)

Obligation vaccinale à la naissance depuis 2018

Nourrissons :

Vaccination VHB **obligatoire** en France, pour ceux nés à partir du 1^{er} janvier 2018

Enfants et adolescents :

Vaccination VHB **recommandée** en rattrapage chez tous jusqu'à l'âge de 15 ans, si jamais vaccinés.

Adultes :

Vaccination **recommandée** pour les personnes exposées à un risque VHB mais **obligatoire** si activité professionnelle expose à 1 risque de contamination

Traitement VHB - un espoir ?

Etude de phase 2b randomisée B-Clear

Efficacité et la tolérance de 12 ou 24 semaines de traitement par BPV

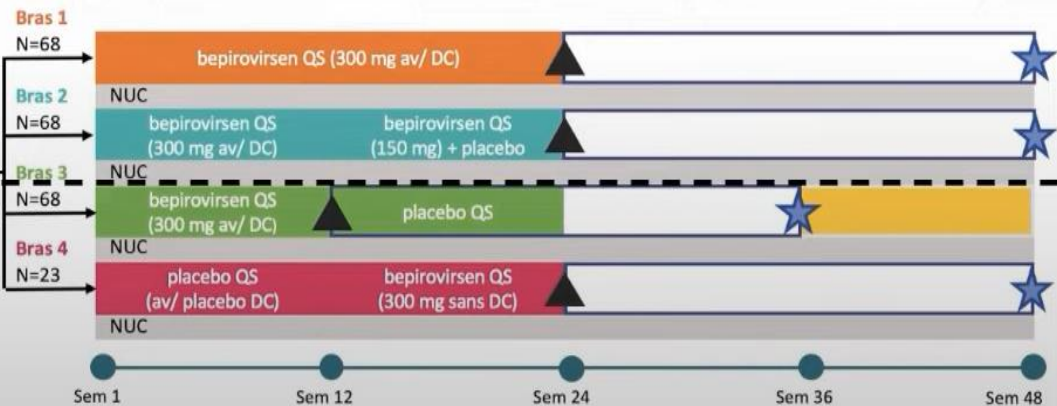
Patients sous traitement stable par NUC ou non traités par NUC au début de l'étude

Critères d'inclusion

- Infection chronique par VHB ≥ 6 mois sous NUC
- ALT $\leq 2 \times$ LSN
- ADN VHB < 90 IU/mL
- AgHBs > 100 IU/mL

Sous
ttment
stable par
NUC
n=227

Randomisation
3:3:3:1

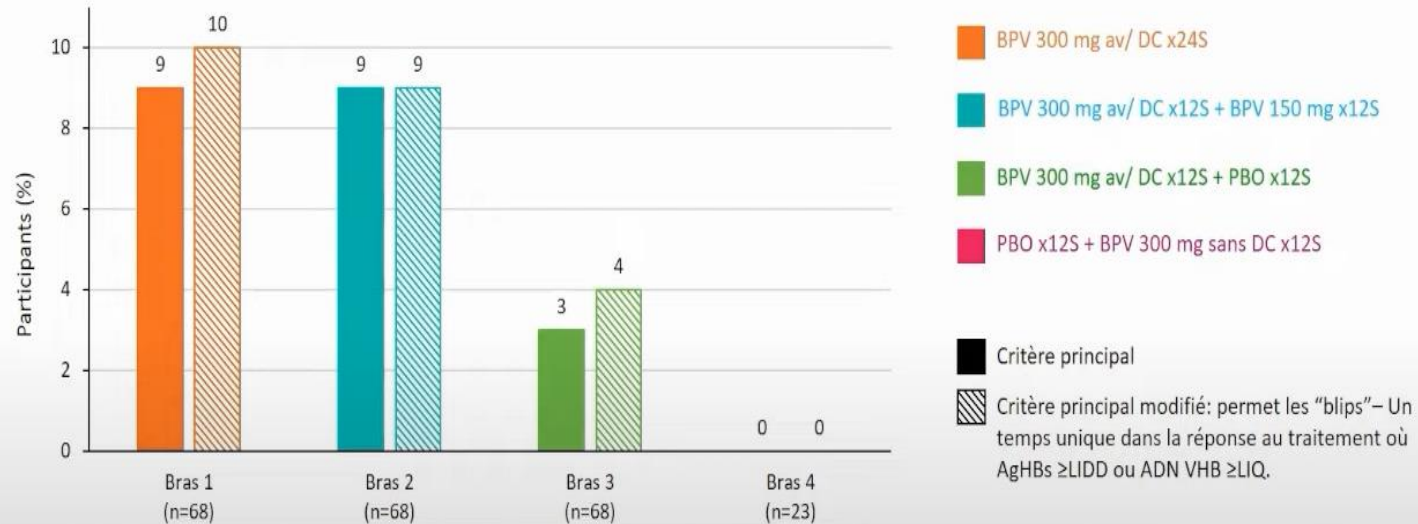


Critère de jugement: Guérison fonctionnelle à 24 semaines après arrêt du traitement

Asselah T et al, CO 154, JFHOD 2023

Traitement VHB - un espoir ?

Participants chez qui AgHBs <LIDD et ADN VHB <LIQ était maintenu pendant 24 semaines après l'arrêt du bepirovirsén en l'absence d'initiation de nouveau traitement antiviral



- En utilisant le critère primaire modifié qui permet les "blips" les résultats étaient cohérents avec l'analyse initiale.
- Parmi les participants ayant atteint le critère principal, 7 (50%) ont développé des anticorps anti-HBs à la fin de l'étude.
- Un model de regression logistique[†] a identifié l'AgHBs et l'IMC comme des prédicteurs de réponse.

Traitement VHB - un espoir ?

Le Bepirovirsen 300 mg x 24 semaines (bras 1) et bepirovirsen 300 mg x 12 semaines + 150 mg x 12 semaines (Bras 2) ont permis à **une guérison fonctionnelle chez 10% des patients.** → a confirmer à long terme

Les participants avec **un niveau initial d'Ag HBs bas** avaient plus de chance d'atteindre le critère principal
Hors l'IMC, les autres covariables ne semblaient être des prédicteurs de réponse indépendants.

La plus part des augmentations d'ALT étaient associées à la baisse de l'Ag HBs.

Bonne tolérance

Bepirovirsen 300 mg par semaine pendant 24 semaines ne montrait pas de différence en terme de profil de sécurité ou de tolérance par rapport aux autres bras de traitement étudiés.

Traitement VHB- guérison ?

Pas de guérison dans le traitement du VHB mais un contrôle virologique

Nouveau traitement à suivre : Bepirovirsen (essai phase 3)

inactif sur le virus sauvage (AgHBe positif) mais uniquement sur les virus mutant (AcHBe positif) = majorité des personnes infectées en Europe.

Résultats prometteur avec 10 % de véritable guérison

Rappel : Tenofovir = 0-3% de guérison fonctionnelle

Entecavir = 0-2% de guérison fonctionnelle

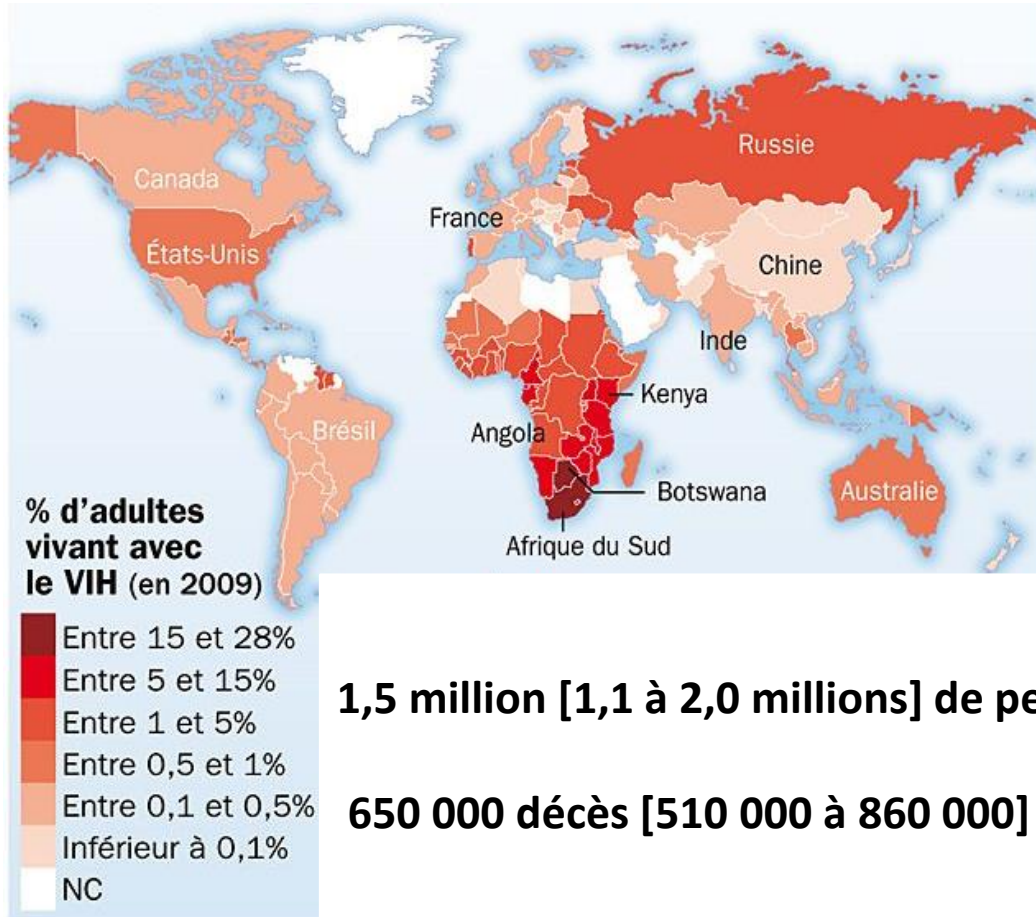
Espoir dans l'éradication du VHB

Vaccin très efficace, traitement permettant la rémission et enfin un traitement permettant d'obtenir une guérison qui seraient tous accessibles aux quatre coins du monde.

VIH



Epidémiologie



38,4 millions [33,9 à 43,8 millions] de personnes vivant avec le VIH

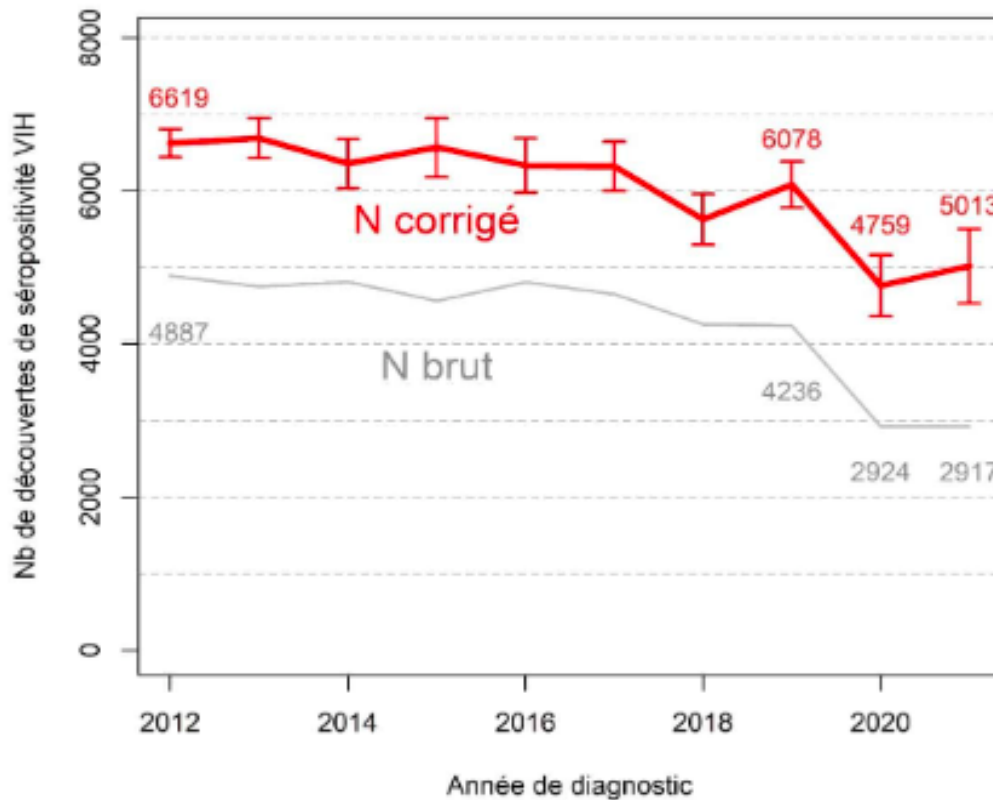
dont plus des deux tiers (25,6 millions) sur le continent africain

1,5 million [1,1 à 2,0 millions] de personnes ont été infectées par le VIH

650 000 décès [510 000 à 860 000] de causes liées au VIH

Données OMS 2021

Epidémiologie – stabilité...

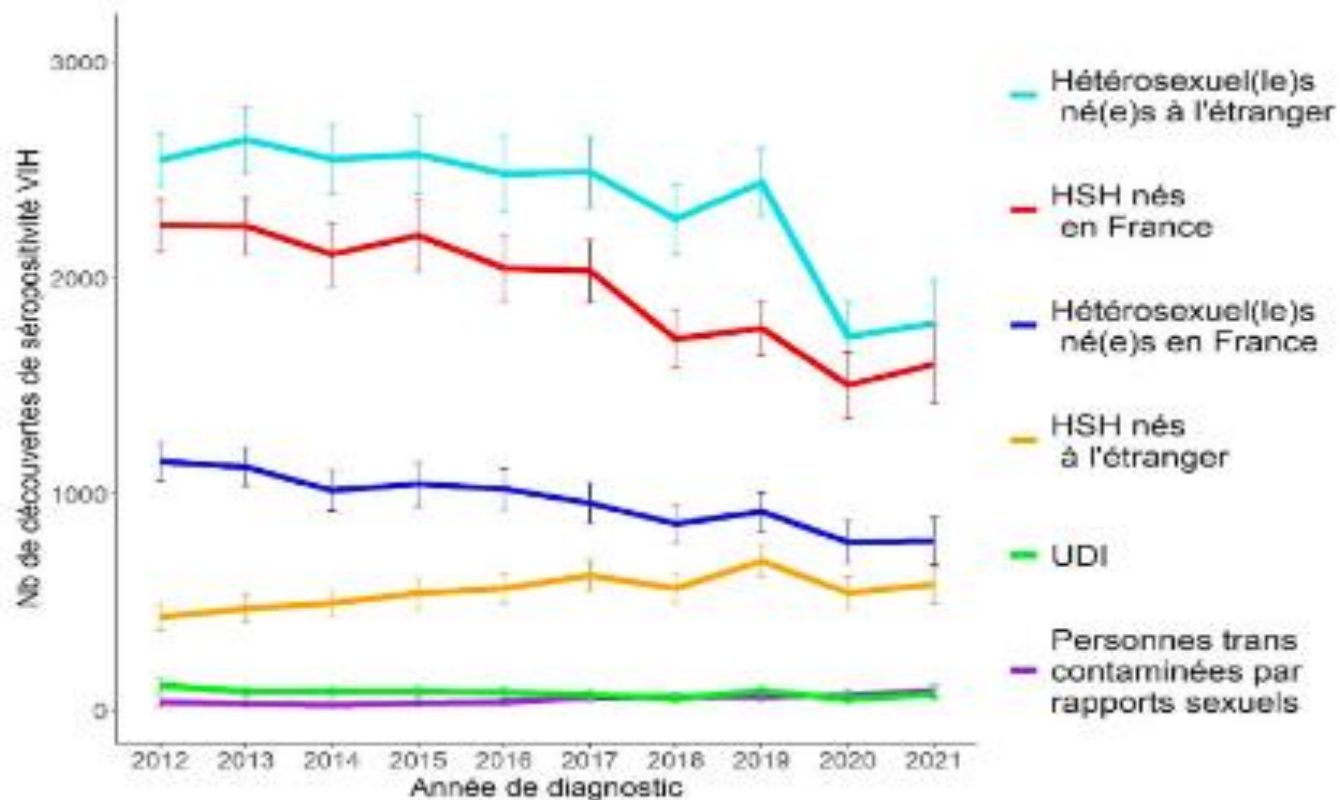


Nombre déclaré (brut) et nombre corrigé de découvertes de séropositivité vih, 2012-2021
Source : Santé publique France, déclaration obligatoire du VIH
Données au 30/06/2022, brutes et corrigées pour la sous-déclaration, les délais et les valeurs manquantes

Baisse espérée du nombre de nouvelles contaminations, entamée en 2020, non confirmée pour l'année 2021.

Résultats décevants en raison des outils de prévention qui n'ont jamais été aussi performants.

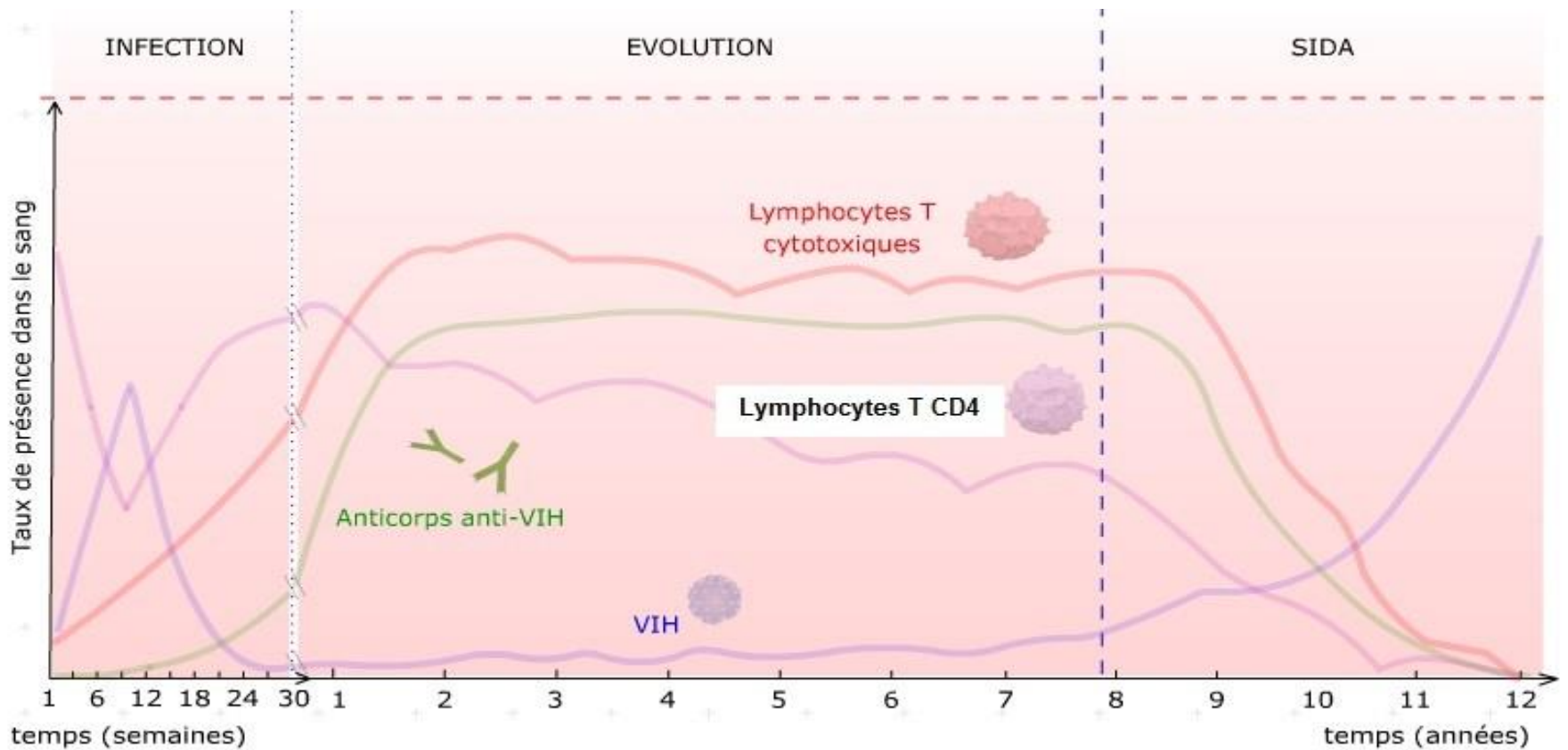
Epidémiologie



Découvertes de séropositivité VIH par population, 2012-2021

Source: Santé publique France, déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 30/06/2022.

Infection VIH - SIDA



Source : logiciel VIH, P.Perez

Traitement VIH - objectifs

- Réponse virologique : charge virale indétectable au long cours
- Réponse immunologique : normalisation du taux de lymphocytes TCD4+
- Santé Publique : Rompre la chaine de transmission (TasP)
- Pas de guérison possible
(exception : 5 cas décrits suite à des greffes de moelle)

Traitement VIH – comment ?

Traitement antirétroviral standard = trithérapie

Différentes classes :

inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)

inhibiteurs NON nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)

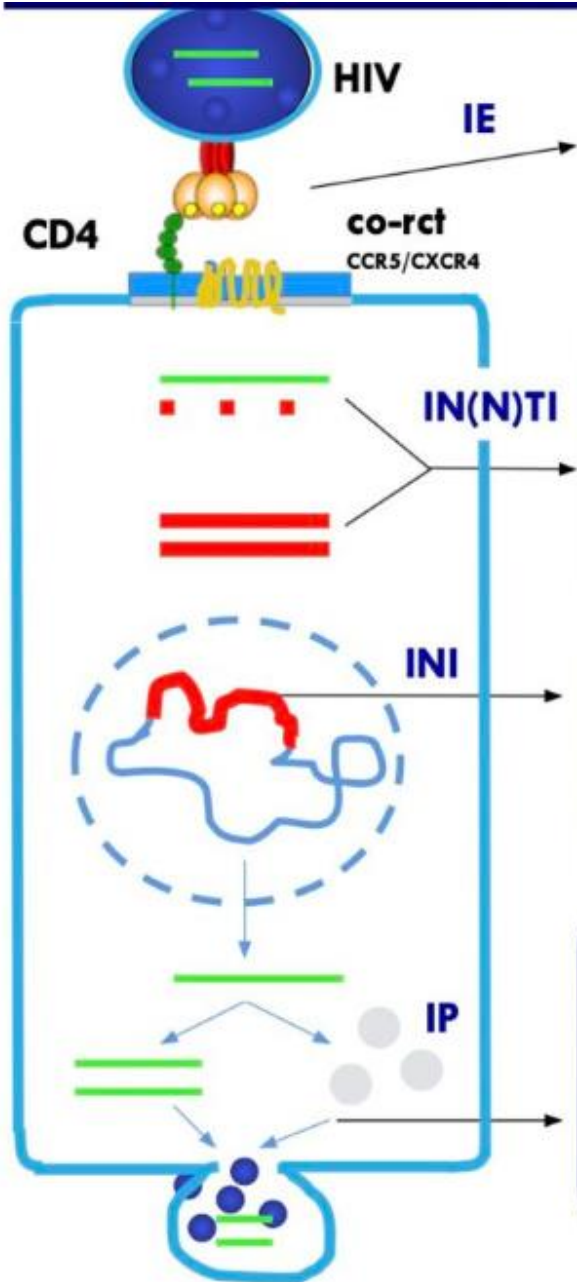
inhibiteurs de la protéase (IP)

inhibiteurs de l'intégrase (INI)

Traitement per os, prise quotidienne, rigoureuse

Nombreux effets secondaires, problèmes d'interactions médicamenteuses

Toxicité au long cours



Inhibiteurs d'entrée

- Inhib de fusion (T20) — ENE enfuvirtidide
- Inhib de CCR5 — MVC maraviroc
- Inhib d'attachement (AI)
 - liaison gp120 : prodrogue temsavir
 - liaison CD4 : AcM humanisé
 - liaison gp120 : bNAbs (broadly neutral Ab)

FTR → fostemsavir*
Ibalizumab 1 IV/15j

Inhib nucl de la RT (NRTI)

AZT	zidovudine
ddI	didanosine
d4T	stavudine
3TC	lamivudine
FTC	emtricitabine
ABC	abacavir
TDF	tenofovir
TAF	teno alafenamide**

Inhib non nucl de la RT (NNRTI)

NVP	nevirapine
EFV	efavirenz
ETR	etravirine
RPV	rilpivirine
DRV	doravirine
RPV	injectable*

Boost

RTV	ritonavir
Cobicistat	

Inhibiteurs intégrase (INI)

EVG	elvitegravir
RAL	raltegravir
DTG	dolutegravir
BCG	bictegravir
CTG	cabotegravir inj*

Formes combinées ou STR

AZT/3TC
AZT/3TC/ABC
ABC/3TC
TDF/FTC

TDF/FTC/EFV
TDF/FTC/RPV
TAF/FTC/RPV
TDF/3TC/DOR

TDF/FTC/EVG/cob
TAF/FTC/EVG/cob
ABC/3TC/DTG
TAF/FTC/BCG

RPV/DTG
3TC/DTG
TAF/FTC **
TAF/FTC/DRV **
DRV/cobi **

Inhibiteurs de protéase (PI)

SQV	saquinavir
IDV	indinavir
NFV	nelfinavir
APV	amprenavir
FPV	fosamprenavir
TPV	tipranavir
LPV	lopinavir
ATV	atazanavir
DRV	darunavir

TOUT-EN-UN

INI/INTI

Nom	Principe
BIKTARVY Bicétabonivir 60 mg Emtricitabine 200 mg Ténofovir AF 30 mg	● Inhibiteur I 1/2 1/2 1/2 30 M
GENVOYA Emtricitabine 200 mg Cobicistat 60 mg Emtricitabine 200 mg Ténofovir AF 30 mg	● Inhibiteur I 1/2 1/2 1/2 30 M
STRIBILD Emtricitabine 200 mg Cobicistat 60 mg Emtricitabine 200 mg Ténofovir DF 30 mg	● Inhibiteur I 1/2 1/2 1/2 30 M
TRIUMEQ Didésoquin 25 mg Lamivudine 150 mg Abacavir 300 mg	● Inhibiteur I 1/2 1/2 1/2 30 M
DOVATO Didésoquin 25 mg Lamivudine 150 mg	1/2 1/2 30 M

INI/INNTI

Nom	Principe
JULUCA Didésoquin 25 mg Bicétabonivir 60 mg	1/2 1/2 30 M
VOCABRIA + ÉDURANT Cobicistat 60 mg Bicétabonivir 60 mg Bicétabonivir 60 mg	1/2 1/2 1/2 1/2 30 M
CABENUVA Cobicistat 60 mg + 1/2 Bicétabonivir 60 mg + 1/2	1/2 1/2 1/2 1/2 30 M

Texte descriptif partiellement visible dans l'image :
 Le traitement par Cabenuva est réservé aux patients atteints d'infection à VIH-1, sans traitement antirétroviral, ou pour lesquels le traitement antirétroviral est interrompu.
 Cabenuva est un médicament à action immédiate. Il est destiné à être utilisé à l'heure du repas.
 Cabenuva est un médicament à action immédiate. Il est destiné à être utilisé à l'heure du repas.

INNTI/INTI

Nom	Principe
ATRIPLA Éfavirenz 600 mg Emtricitabine 200 mg Ténofovir DF 300 mg	● Inhibiteur I 1/2 1/2 1/2 30 M
COMPLERA Éfavirenz 600 mg Emtricitabine 200 mg Ténofovir DF 300 mg	● Inhibiteur I 1/2 1/2 1/2 30 M
DELSTRIGO Bicétabonivir 60 mg Lamivudine 150 mg Ténofovir DF 300 mg	● Inhibiteur I 1/2 1/2 1/2 30 M
ODEFSEY Bicétabonivir 60 mg Emtricitabine 200 mg Ténofovir AF 30 mg	● Inhibiteur I 1/2 1/2 1/2 30 M

IP/INTI

Nom	Principe
SYM TUZA Darunavir 600 mg Cobicistat 60 mg Emtricitabine 200 mg Ténofovir AF 30 mg	● Inhibiteur I 1/2 1/2 1/2 30 M

À COMBINER

INTI

Nom	Principe
DESCOXY Étrébatonivir 150 mg Ténofovir AF 30 mg	● Inhibiteur I 1/2 1/2 30 M
DESCOXY Étrébatonivir 150 mg Ténofovir AF 30 mg	● Inhibiteur I 1/2 1/2 30 M
KIVEXA Lamivudine 150 mg Abacavir 300 mg	● Inhibiteur I 1/2 1/2 30 M
TRUVADA Emtricitabine 200 mg Ténofovir DF 30 mg	● Inhibiteur I 1/2 1/2 30 M
3TC Lamivudine 150 mg	1/2 1/2 30 M
3TC Lamivudine 150 mg	1/2 1/2 30 M
VIREAD Ténofovir DF 300 mg	● Inhibiteur I 1/2 1/2 30 M
ZIAGEN Abacavir 300 mg	● Inhibiteur I 1/2 1/2 30 M
VELMIDY Étrébatonivir 150 mg	● Inhibiteur I 1/2 1/2 30 M

IP · IP/ritonavir · IP/cobicistat

Nom	Principe
PREZISTA + NORVIR Darunavir 800 mg Névirapine 200 mg	● Inhibiteur I 1/2 1/2 30 M
PREZISTA + NORVIR Darunavir 800 mg Névirapine 200 mg	● Inhibiteur I 1/2 1/2 30 M
PREZCOBIX Darunavir 800 mg Cobicistat 60 mg	● Inhibiteur I 1/2 1/2 30 M
REYATAZ + NORVIR Atazanavir 300 mg Névirapine 200 mg	● Inhibiteur I 1/2 1/2 30 M
REYATAZ Atazanavir 300 mg	1/2 1/2 30 M
KALETRA Lopinavir 400 mg Névirapine 200 mg	1/2 1/2 30 M

INI

Nom	Principe
ISENTRESS HD Bicétabonivir 60 mg	1/2 1/2 30 M
ISENTRESS Bicétabonivir 60 mg	1/2 1/2 30 M
TIVICAY Didésoquin 25 mg	1/2 1/2 30 M

Texte descriptif partiellement visible dans l'image :
 Le traitement Tivicaay peut être administré en association avec d'autres médicaments destinés à traiter l'infection à VIH-1, y compris certains médicaments antirétroviraux.

INNTI

Nom	Principe
ÉDURANT Bicétabonivir 60 mg	1/2 1/2 30 M
INTELENCE Étrébatonivir 150 mg	1/2 1/2 30 M
PIFELTRO Bicétabonivir 60 mg	1/2 1/2 30 M
SUSTIVA Éfavirenz 600 mg	1/2 1/2 30 M
VIRAMUNE Névirapine 200 mg	1/2 1/2 30 M

Inhibiteurs d'entrée

Nom	Principe
CELSENTRI Maraviroc 300 mg	1/2 1/2 30 M
CELSENTRI Maraviroc 300 mg	1/2 1/2 30 M
RUKOBIA Fosamprenavir 300 mg	1/2 1/2 30 M

Inhibiteur de la capsid

Nom	Principe
SUNLENCA Lenacapavir 200 mg	1/2 1/2 30 M

Légende

- INTI Inhibiteurs d'entrée de la protéase inverse
- INNTI Inhibiteurs de la nucléotidyl transférase inverse
- IP Inhibiteurs de la protéase inverse

Cycle de vie du VIH

Traitement intermittent

Etude QUATUOR: Evaluation de la prise d'un traitement antirétroviral quatre jours par semaine

636 patients suivis pendant 48 semaines dans 59 hôpitaux français.

Patients inclus : charge virale inférieure à 50 copies/ml depuis au moins 12 mois - pas de mutation de résistance.

Bras 1 :traitement continu standard quotidien

Bras 2 :traitement pris quatre jours par semaine, avec une pause pendant le week-end.

Résultat : cette stratégie permet le maintien d'une charge virale indétectable chez 96 % des patients au cours des visites aux semaines 4, 12, 24, 36 et 48.

Taux de succès virologique n'était pas significativement différent (six patients (2 %) du groupe intermittent et quatre (1 %) du groupe continu ont connu un échec virologique)

Mutations de résistance apparues chez trois des six personnes en échec du groupe intermittent et une des quatre du groupe continu.

Traitement intermittent

Effets indésirables sévères (grades 3-4) étaient observés chez 9 % des patients du groupe intermittent et 12 % de ceux du groupe continu.

Amélioration de la qualité de vie : 59 % des patients du groupe intermittent ont vu leur qualité de vie améliorée contre 7 % du groupe continu (PROQOL-HIV)

Bénéfices pour l'observance et l'acceptabilité du régime intermittent.

Autre avantage : une réduction de 43 % du coût des traitements antiviraux, passant par an de 7 207 euros dans le groupe continu à 4 127 euros dans le groupe intermittent.

Traitement long acting

Association de 2 ARV (calbopgravir + rilpivirine)

Injection IM tous les 2 mois

Traitement dit «de switch», et non de première intention

«chez les adultes sous traitement antirétroviral stable depuis au moins 6 mois ayant plus de 200 CD4 avec absence de résistance actuelle ou antérieure aux deux molécules incluses dans cette bithérapie injectable»

Effets indésirables : 21% de réactions au site d'injection à type de douleur, de nodule, de gêne (sévérité légère ou modérée avec une durée en médiane de trois jours)

Traitement VIH - Evolution

Echec vaccin VIH

Améliorer la qualité de vie

- moins de comprimés : 1 cp /j
- moins de prises : traitement intermittent : 5j/ 7
- traitement à diffusion prolongée « long acting » : forme injectable avec espacement des doses tous les 2 mois

Diminuer la toxicité

- puissance des nouvelles molécules : fin de la trithérapie -> bithérapie

Objectifs OMS

Eradication du VIH, des Hépatites B et C d'ici 2030

Dépistage (Test and Treat) Treatment as Prevention (TasP) PrEP

TPE Prév' (seringues UU, kit , roule ta paille) Vaccination

 **Prévention combinée ciblée (pop) mais globale (inf)**

On dispose de nombreux (tous les ?) outils pour y parvenir mais tout le monde n'est pas sur la même ligne de départ

Merci pour votre attention