

“traitement comme prévention” ? charge virale indétectable, dans le sang, dans le sperme, dans le rectum : c’est pareil ? qu’est-ce que j’en fais dans ma sexualité ?

Dans le sexe, chacun se fixe ses règles et ses limites pour préserver sa santé selon les informations qu’il reçoit. Durant l’été, les commentaires des résultats de recherche en prévention sont venus semer le doute en proposant des interprétations parfois étonnantes quant à l’intérêt préventif du traitement antirétroviral. Que faut-il en penser ? Le débat est légitime à condition de permettre à tout le monde de disposer de l’information, sans se limiter à des slogans racoleurs.

REACTUP, c’est quoi ? C’est un site internet, reactup.fr, créé par Act Up-Paris pour diffuser de l’information sur le sida, les infections sexuellement transmissibles et la prévention, autrement.

Ici, pas de slogans, pas d’accroche ou de comm’, vous êtes tous capables de décider, dès lors que vous avez les données.

REACTUP met à votre disposition le savoir des scientifiques, les découvertes des chercheurs, de manière claire et sans parti pris. Ça ne veut pas dire qu’on n’a plus d’avis sur rien, c’est juste qu’on ne le noie pas dans l’information, on l’affiche en clair.

Mais il faut quand même sélectionner les sujets : dites-nous ce qui vous intéresse. Nos avis ne font pas l’unanimité ? Donnez-nous le vôtre ! Le site reactup.fr est aussi un espace de partage. Inscrivez-vous sur le site et échangez vos expériences et vos questions et puis, lancez-vous : proposez-nous vos textes à publier.

reactup@reactup.fr

Prévention de la transmission du VIH-1 par un traitement précoce : résultats de l’essai HPTN 052

L’étude HPTN 052 avait pour objectif d’évaluer si le traitement antirétroviral d’une personne séropositive est susceptible de réduire le risque de transmission du virus dans un couple stable avec un-e séronégatif-ve. Elle devait également étudier à quel moment démarrer un traitement pour obtenir le meilleur résultat clinique. Les premiers résultats montrent qu’un traitement précoce réduit fortement le risque de transmission du VIH dans le couple et améliore l’état clinique du séropositif.

L’essai HPTN 052, commencé en juin 2007, était prévu pour durer jusqu’en 2015. Il a enrôlé 1763 couples stables (au moins 3 mois) sexuellement actifs, composé d’une personne séronégative et d’une personne séropositive n’ayant jamais pris de traitement et dont l’immunité était élevée en Afrique, Amériques du nord et du sud et en Asie. Ces couples ont été répartis en deux groupes, l’un dans lequel le séropositif démarrait un traitement antirétroviral immédiatement après son inclusion, l’autre dans lequel l’offre de traitement était prévue au seuil de 250 CD4 ou au déclenchement d’une maladie opportuniste classant sida.

Le comité indépendant de l’essai qui assure la surveillance des données et la sécurité des participants a dénombré, en février 2011, 39 contaminations des séronégatifs dont 28 ont eu lieu entre partenaires de l’essai. Elles sont au nombre de 27 au sein des 877 couples dont le traitement est différé tandis qu’il n’y en avait qu’une seule parmi les 886 couples dans le groupe au traitement immédiat. Ceci représentait donc une réduction de 96% de la transmission par l’initiation d’un traitement précoce des séropositifs dans ces couples, le résultat étant considéré comme significatif. Fort de ce résultat, le comité indépendant a recommandé le 28 avril 2011 que cette information soit transmise aux participants et rendue publique.

L’essai HPTN 052 initié par Myron Cohen, chercheur et clinicien américain, en 2005 est un essai international destiné à étudier l’impact d’un traitement antirétroviral précoce des personnes séropositives au VIH au sein de couples sérodifférents (le partenaire est séronégatif) tant sur l’intérêt que cela présente pour réduire la transmission du virus au sein de ces couples que pour prévenir la survenue d’événements cliniques, donc améliorer la santé des séropositifs. Il compare une stratégie standard de traitement antirétroviral des séropositifs (démarrer au seuil d’immunité de 250 CD4 ou lors d’un événement clinique) à une stratégie de traitement précoce (démarrage immédiat lors de l’inclusion dans l’essai des séropositifs recrutés ayant entre 350 et 550 CD4).

déroulement de l’essai

L’essai a ainsi recruté 1750 couples sérodifférents et les a répartis de manière aléatoire entre les deux groupes, 886 avec un traitement immédiat et 877 avec un traitement différé. Une très large majorité, 97% des couples, étaient hétérosexuels (37 couples d’hommes), 53% étaient Africains, et dans la moitié des couples, c’est l’homme qui est séropositif. Deux tiers des participants avaient entre 26 et 40 ans au moment de l’inclusion dans l’essai et les trois quart avaient déclaré au moins un rapport sexuel dans la semaine précédente dont 4% à 6% étaient non protégés. A l’inclusion, 5% des participants étaient porteurs d’une IST.

Trois mois après leur inclusion, 89% des séropositifs inclus dans le groupe “traitement immédiat” avaient atteint une charge virale contrôlée alors que c’était le cas de 9% seulement dans le groupe “traitement différé”. Le compte de lymphocytes CD4 a globalement augmenté dans le premier groupe alors qu’il baissait légèrement pour les personnes du groupe “traitement différé”. Les participants inclus dans ce dernier groupe qui ont atteint le seuil requis ont démarré un traitement antirétroviral au bout de 42 mois en moyenne.

Trois quart des participants séropositifs ont été observants avec au moins 95% de prises effectives de leur traitement. Si deux tiers des participants sous traitement ont changé de combinaison thérapeutique au cours de l’essai, les échappements au traitement n’ont concerné que 5% dans le groupe “traitement immédiat” et 3% dans le groupe “traitement différé” de ces personnes.

résultats en prévention

Au total, 39 personnes initialement séronégatives ont été contaminées par le VIH durant l’essai. Dans le groupe “traitement immédiat”, il y en a eu 4 et dans le groupe “traitement différé”, 35. Des analyses génétiques ont été effectuées afin de vérifier si les virus acquis par ces personnes provenaient de leur partenaire afin de réduire l’analyse finale aux seuls cas de transmission ayant eu lieu au sein des couples de l’étude dans la mesure où ces contaminations dues à des partenaires dont le statut est inconnu dans l’étude ne peuvent pas être qualifiées selon les critères d’évaluation du protocole. Cette analyse a mis en évidence 3 transmissions de virus hors partenaires ou incertaines dans le groupe “traitement immédiat”, 8 dans l’autre groupe.

Ainsi, 28 personnes ont été contaminées par leur partenaire dans l’étude. Elles représentent donc une incidence de 0,9 pers/100.année, l’intervalle de confiance (IC) à 95% calculée sur cette valeur étant de 0,6 à 1,3 pers/100.année, et sont réparties en 1 transmission dans le groupe “traitement immédiat” soit une incidence de 0,1 pers/100.année (IC : 0,0 à 0,4) et 27 transmissions dans le groupe “traitement différé”, donc une incidence de 1,7 pers/100.année (IC : 1,1 à 2,5). Ce sont ces valeurs qui ont été traduites dans l’annonce de mai 2011 comme une réduction de la transmission de 96% dans le groupe “traitement immédiat”. De ces 28 cas de transmission, la plupart (82%) ont eu lieu dans les couples des sites africains et les deux tiers (67%) sont des contaminations de la femme à l’homme tandis que le cas unique de transmission dans le groupe “traitement immédiat” est dû à un homme. Les contaminations dans le groupe “traitement différé” étaient régulièrement réparties dans la durée et le premier facteur qui y est associé est la charge virale élevée à l’entrée de l’essai tandis que la déclaration d’une utilisation à 100% du préservatif à l’entrée apparaît comme un facteur de risque réduit de transmission.

discussion

La réduction de la transmission du VIH observée dans cet essai est certainement due à celle de la présence de virus dans les sécrétions génitales. Si la plupart des contaminations ont été observées dans les couples africains, c’est explicable par leur présence majoritaire dans l’essai mais aussi à d’autres facteurs susceptibles d’augmenter la charge virale chez ces personnes tel que les sous-types viraux rencontrés dans cette région. Des analyses sont en cours pour préciser si l’utilisation du préservatif était moins fréquente ou si le nombre de rapports sexuels était plus élevé parmi ces personnes. Bien que l’on sache que le risque de transmission du VIH est bien plus élevé chez des séropositifs dans les phases précoces de l’infection, cette recherche montre que la transmission dans la période asymptomatique est effective même avec un compte de CD4 élevé. Le nombre de séropositifs à ce stade étant très important, ces contaminations, même moins probables, contribuent à l’extension de l’épidémie.

Les résultats de cette étude s’intéressant à des couples stables sont à examiner en tenant compte de ce qu’ils sont difficilement représentatifs de la population générale. Les participants ont bénéficié de conseils en prévention et de distribution de préservatifs, ce qui a probablement contribué à la faible incidence des contaminations. Cependant, elle montre que l’initiation précoce d’une thérapie antirétrovirale présente un bénéfice tant pour la personne séropositive que pour ses partenaires séronégatifs. Ces résultats soutiennent l’intérêt de l’usage des thérapies antirétrovirales comme stratégies de santé publique pour réduire l’extension de l’épidémie de l’infection à VIH.

ce qu’on en pense

Bien entendu, à l’annonce de ces résultats, tout le monde s’en est réjoui, à commencer par les séropositifs. Ne plus sentir un poids aussi fort de culpabilité dans la responsabilité de la prévention est forcément apaisant pour tous. Mais entre soulagement et insouciance, il y a une distance certaine. En effet, selon l’investigateur lui-même, il s’agit d’une démonstration de principe difficilement extrapolable en population générale sans d’autres études. Comme l’essai le montre, la transmission est facilitée par la charge virale à l’inclusion dans l’essai, par le nombre de partenaires, par le nombre d’expositions au risque. Toutes les situations ne sont donc pas immédiatement équivalentes au résultat obtenu dans cette recherche.

Dans quelle mesure la charge virale dans le sang détermine-t-elle le risque de transmission du VIH ?

Plusieurs études ont mis en évidence une corrélation entre la charge virale mesurée dans le plasma sanguin et la charge virale dans le sperme. Dans un article publié en 2008, Kalichman et ses collègues passent en revue l’ensemble des études publiées sur ce sujet. Les auteurs montrent que l’on est encore loin de savoir dans quelle mesure la charge virale plasmatique, tout comme la charge virale dans le sperme, peuvent être prédictives de la transmission du VIH.

La transmission du sida intervient majoritairement par voie sexuelle et la quantité de virus présent dans les fluides génitaux est un facteur qui détermine de manière importante l’infection. Si l’on veut évaluer le risque d’infection à partir du niveau de charge virale plasmatique (quantité de virus présent dans le plasma sanguin) cela suppose de savoir quel est le lien entre la charge virale plasmatique et la charge virale dans le sperme. Cet article de Kalichman publié en 2008 passe en revue l’ensemble des travaux scientifiques ayant abordé cette question.

Ces études montrent que la charge virale plasmatique est généralement corrélée avec la charge virale dans le sperme, c’est-à-dire que plus elle est faible dans le plasma, plus elle sera faible dans le sperme. De plus, la quantité de virus présent dans le sperme est habituellement inférieure à celle mesurée dans le sang. Pourtant, cette configuration varie selon les études. La présence d’infections sexuellement transmissibles, l’insuffisance du traitement ou des résistances aux médicaments expliquent en grande partie ces différences. En revanche, le stade de l’infection n’influence pas de manière fiable le rapport entre charge virale séminale et charge virale dans le sperme. Les auteurs expliquent que des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer dans quelle mesure la charge virale plasmatique, tout comme la charge virale dans le sperme, peuvent être prédictives de la transmission du VIH.

la suite : www.reactup.fr/?Dans-quelle-mesure-la-charge,3317

ce sujet vous fait réagir ? exprimez-vous sur reactup.fr

Le VIH-1 dans les sécrétions rectales

Pour améliorer les connaissances sur les risques de transmission du VIH dans la population gay, le centre de contrôle des maladies d’Atlanta (CDC) a mené une recherche sur la présence de virus dans les sécrétions rectales d’hommes séropositifs ayant des rapports sexuels avec d’autres hommes.

Les résultats publiés par les chercheurs du CDC montrent que la quantité de virus retrouvée dans ces sécrétions est directement dépendante de la charge virale mesurée dans le sang. Parmi les 80 participants à l’étude, 59 suivent un traitement antirétroviral et la présence de virus dans les prélèvements rectaux était effective pour 31 d’entre eux. Par ailleurs, la détection de virus rectal est possible dès que la charge virale dans le sang dépasse 1400 copies de virus par millilitre (intervalle de confiance du résultat : 530 à 3500 copies par ml). Enfin, la présence d’infections sexuellement transmissibles ou d’anomalies cytologiques des muqueuses anales n’influent pas sur ces résultats.

La transmission du VIH par contact sexuel nécessite la présence de virus du séropositif au contact du séronégatif là où il est susceptible de franchir les barrières naturelles. Lors d’une pénétration anale non protégée, si la personne réceptive est séropositive, la transmission peut être causée par la présence de virus dans l’anus venant au contact des muqueuses du pénis de la personne séronégative.

Ce résultat apporte une certaine précision sur le risque de transmission par ce type de rapport sexuel et illustre notamment le rôle préventif du traitement antirétroviral. Cette recherche renseigne spécifiquement sur un risque spécifique de transmission du VIH, celui d’un séropositif réceptif à un séronégatif insérait lors d’une pénétration anale. Il contient en lui-même les limites des interprétations qu’on peut en faire : la mesure de cette charge virale rectale n’est qu’un des éléments indicateurs de risque de transmission du virus dans une situation précise.

retrouvez l’article complet sur reactup.fr

