

There are no translations available.

En raison de la pandémie COVID ce congrès s'est tenu de manière virtuelle. Notre association n'ayant pas participé à cette conférence, les informations que nous fournissons ont été obtenues grâce à namaidsmat que nous remercions. Aucun résultat majeur n'est sorti de cette conférence, puisque la seule attente des patients depuis la découverte du virus en 1983 est la mise au point d'un vaccin efficace. Nous avons cependant sélectionné quelques résultats utiles aux patients.

Ainsi, un traitement précoce permet de mieux contrôler le réservoir viral

Les personnes qui démarrent tôt le traitement antirétroviral, avant que leur système immunitaire ne soit très endommagé, ont un réservoir viral de VIH plus faible. Après l'infection initiale, le VIH établit très rapidement un réservoir persistant de virus inactif dans les cellules T CD4 quiescentes à longue durée de vie. Si les médicaments antirétroviraux peuvent contrôler la réplication virale, ils n'éliminent pas ces réservoirs viraux latents, qui peuvent relancer la production de virus dès l'arrêt du traitement - le principal obstacle à la guérison du VIH.

Dans une étude, les chercheurs ont comparé la taille du réservoir viral chez des personnes ayant commencé un traitement antirétroviral avec un taux de CD4 de 500-599, 600-799 ou plus de 800. Après trois ans de traitement, l'ADN total du VIH était plus faible chez les personnes qui avaient commencé le traitement lorsque leur taux de CD4 était supérieur à 800.

Dans une autre étude, une équipe de chercheurs a comparé la taille et la diversité du réservoir viral, ainsi que la sensibilité du VIH aux anticorps neutralisants à large spectre (bNAbs), chez des personnes ayant commencé un traitement antirétroviral à différents stades de l'infection. Les anticorps neutralisants à large spectre sont actuellement à l'étude pour traiter, prévenir et guérir le VIH.

Une alternative au traitement oral journalier a été expérimenté aux USA.

Ainsi l'administration des médicaments anti-VIH injectables à action prolongée, le cabotégravir (Vocabria) et la rilpivirine (Rekambys), par un prestataire de soins une fois par mois ou tous les deux mois, peut être mis en place avec succès dans les cabinets médicaux aux États-Unis, Parmi les plus de 100 personnes recevant les injections qui ont été interrogées, plus de 90 % préféraient les injections à leur ancien traitement oral quotidien. Cette stratégie qui paraît attractive en période de COVID ne nous paraît pas justifiée pour le moment en raison de l'absence de recul et du peu de confort limité qu'elle apporte par rapport aux simplifications des thérapies 4jours sur 7, encore trop lentes à être mises en place

Une autre approche du traitement à été proposé par le Professeur Samir Gupta Un médicament

[Les premiers résultats d'une petite étude présentée à l'IAS 2021 suggèrent que des injections semestrielles de lénacavirP, un inhibiteur expérimental de la capsid du VIH, peuvent être utilisées dans le cadre d'une multithérapie chez les personnes qui commencent un traitement contre le VIH.](#)

Le professeur Samir Gupta, de l'université de l'Indiana, a présenté les résultats d'efficacité et d'innocuité des 28 premières semaines de l'étude, à laquelle ont participé 182 personnes prenant un traitement contre le VIH pour la première fois, et dont le taux de cellules CD4 était supérieur à 200. Au début de l'étude, 15 % des individus avaient une charge virale supérieure à 100 000. L'âge moyen des participants était de 29 ans ; 7% étaient des femmes et 52% étaient noirs.

Les participants ont été répartis en quatre groupes. Pour former un groupe témoin, 25 participants ont pris quotidiennement par voie orale du bictégravir et de l'emtricitabine/tenofovir alafenamide (Descovy). Dans un deuxième groupe, 52 personnes ont pris du lénacavir par voie orale et du Descovy.

Les deux autres groupes ont pris du lénacavir par voie orale et du Descovy pendant deux semaines, puis sont passés au lénacavir en injection sous-cutanée (sous la peau) dans le ventre. À 28 semaines, si leur charge virale était inférieure à 50, ils sont passés soit au lénacavir et au ténofovir alafénamide seuls (52 personnes), soit au lénacavir et au bictégravir (53 personnes).

Après 28 semaines, les 25 personnes du groupe témoin avaient toutes une charge virale inférieure à 50. Dix personnes des groupes prenant du lénacavir (par voie orale ou par injection) n'ont pas atteint ce taux. Par conséquent leur taux global de suppression virale était de 94 %. Les résultats de la charge virale n'étaient pas disponibles pour huit personnes et une personne a quitté l'étude au deuxième jour. M. Gupta a fait remarquer que si les participants, dont les données sur la charge virale étaient manquantes, avaient une charge virale indétectable, l'efficacité du lénacavir injecté serait de 99 %.

Il n'y a pas eu d'effets secondaires graves. L'effet secondaire le plus fréquent était une enflure, une rougeur ou une douleur au point d'injection et 11 % des participants ont présenté des nodules (une petite bosse sous la peau au point d'injection) et/ou une induration (durcissement de la peau).

M. Gupta a déclaré que, selon lui, les résultats justifiaient la poursuite des études sur l'association du lénacavir et de l'islatravir en traitement injectable.

Quelques information sur la PrEP , pour laquelle notre association n'a jamais été un farouche défenseur ont été présentées. Il n'est en effet, pas raisonnable de remplacer un préservatif par une prise au long court de produits toxiques.

Une modélisation suggère que le cabotégravir injectable est beaucoup plus efficace que la PrEP orale quotidienne chez les femmes

Les chercheurs ont utilisé les données du groupe placebo d'un essai précédent, qui évaluait les pilules TDF/FTC et un gel vaginal au ténofovir. L'incidence placebo projeté était de 2,2 % pour la cohorte de l'étude HPTN 084. En comparant ce chiffre au taux d'incidence de 0,2 % du groupe cabotégravir, les chercheurs ont estimé que le cabotégravir injectable était efficace à 91 % pour prévenir le VIH par rapport à un placebo.

Une autre étude montre que des échecs de la PrEP sont rares dans les programmes africains, mais certains surviennent quand même malgré une bonne adhésion au traitement

Une information très intéressante sur les risques cardiovasculaires des traitements antiviraux a été apporté par Tiffany Gooden.

Les personnes séropositives présentent davantage de facteurs de risque cardiovasculaire et sont exposées à un risque accru de maladie cardiovasculaire.

L'étude a révélé que les risques de maladies cardiovasculaires augmentaient globalement de 54% chez les personnes séropositives. En termes d'affections individuelles, les risques d'accident vasculaire cérébral augmentaient de 49 % et les risques de cardiopathie ischémique de 59%.

Une autre analyse a porté sur les risques de maladie cardiovasculaire par sous-groupes – en fonction de l'âge, du sexe et du tabagisme. Elle a démontré un risque plus élevé de maladie cardiovasculaire chez les séropositifs, indépendamment des données démographiques clés.

Concernant les vaccins aucune avancée significative et passage dans l'oubli d'un vaccin très prometteur (C.104 bis- HIV therapeutic vaccine - Biosantech-Erwann Loret patent- Unjustifiable attacks). Ce dernier bloqué depuis 4 ans devrait démarrer une phase 2B cet automne.

Written by Adrien Caprani

Monday, 16 August 2021 15:34 - Last Updated Monday, 16 August 2021 15:35

Au cours de cette conférence, deux essais d'efficacité de phase III d'un vaccin préventif du VIH sont en cours, le [HVTN 705 \(Imbokodo\)](#) chez les femmes africaines et le [HVTN 706 \(Mosaico\)](#) chez les hommes gays et bisexuels et les femmes transgenres. Le vaccin candidat vise à renforcer la réponse immunitaire en contenant des antigènes provenant de nombreux sous-types viraux.

Même si les résultats des études sont encore négatifs, il y a une prolifération d'études précliniques en cours sur d'autres concepts. Il s'agit notamment de onze études sur l'homme portant sur des combinaisons d'anticorps largement neutralisants (bNAbs). La plupart sont en phase I (innocuité et immunogénicité), mais deux sont déjà en phase II (dosage et efficacité préliminaire).