

□ *POSITIFS, n'ayant pu se rendre à la conférence pour des raisons financières, cette analyse est faite à partir des informations fournies par l'association NAM que nous remercions.*

Cette conférence internationale a visé plutôt qu'à apporter des avancées thérapeutiques notables, à promouvoir et étendre la prescription des antivaux existants, avec cependant quelques molécules nouvelles, des résultats incontestables sur le traitement de l'Hépatite C, sur la PrEP, mais malheureusement aucune piste nouvelle d'éradication du HIV pour sortir des échecs systématiques des voies explorées, et peu d'avancées pour pallier les toxicités des antivaux.

Les résultats des 2 études sur la PrEP (prophylaxie préexposition) ont été présentés comme une avancée majeure, pouvant à terme conduire à la disparition du Sida. Les deux études, l'une avec une prise en continu de Truvada, l'autre avec une prise avant et après le rapport sexuel conduit à une efficacité de 86%. Un autre antiviral, le Maraviroc (inhibiteur d'entrée) est en cours d'expérimentation dans la PrEP. Il est bon de rappeler que l'utilisation systématique du préservatif, d'un coût dérisoire et sans toxicité ni même risque de résistance conduit à une efficacité de 100%. Il serait normal, dans un système de santé public qui ne serait pas aux ordres des lobbys pharmaceutiques, que la prévention soit faite avec des campagnes massives de promotion du préservatif et ne serve pas accroître le chiffre d'affaire des laboratoires, mais utiliser notre système de santé exsangue à des actions plus prioritaires.

Autre étude surprenante, l'utilisation de la PrEP chez les couples sérodiscordants. En effet, on sait que dans un couple sérodiscordant si la personne séropositive est traitée efficacement avec une charge virale indétectable, le risque de contamination de son partenaire séronégatif est quasiment nul ! Cette PrEP ne peut que s'adresser qu'aux séropositifs ayant une charge virale détectable.

Toujours sur la prévention, une étude comparative de la transmission mère –enfant montre une meilleure protection avec l'utilisation (Ténofovir+emtricitabine) que (AZT+3TC) à partir de la 14^e semaine de grossesse, avec un taux de transmission de 06% et 1,8% respectivement. On reste stupéfait du maintien de l'AZT dans les traitements, molécule la plus toxique et la plus mutagène de l'arsenal thérapeutique, que son bas coût de fabrication ne saurait justifier, même dans les pays en voie de développement.

Écrit par Dr Adrien Caprani

Jeudi, 12 Mars 2015 16:55 - Mis à jour Jeudi, 04 Juin 2015 17:03

Une information qui enfonce une porte déjà ouverte par le Prof Jacques Leibowitch il y a cinq ans, qui n'est pas cité ! (qui a également la paternité des trithérapies !) montre qu'un traitement discontinu 5 jours de traitement et 2 jours sans traitement est aussi efficace qu'un traitement continu. Cette étude est conduite sur un groupe de jeunes et utilise l'efavirenz dans la trithérapie en raison de sa plus longue durée de vie (Abstract 382B). Il est regrettable que les résultats du Prof Leibowitch qui dans son protocole peut réduire encore plus le nombre de jours de traitement (jusqu'à 2 par semaine seulement) ne soit pas écouté par nos instances scientifiques (ANRS) et ministérielles, qui semblent totalement indifférentes au coût pour la collectivité et paraissent ainsi signer leur corruption.

Une autre étude surprenante propose un traitement très précoce de la séropositivité avec le seuil de 500 CD4 ! Cette étude portant sur des populations africaines a pour but de réduire l'incidence des tuberculoses disséminées et autres infections bactériennes. Sur un groupe de 2000 personnes, les résultats sont significatifs, en montrant une incidence de 2,8/100 personnes-année dans le groupe initiant le traitement au-dessus de 500 CD4 et de 4/100 personnes-an chez le groupe traité à 200 CD4. Les résultats de cet essai qui n'ont rien de spectaculaire, ont également pour objectif d'obtenir des informations sur les risques et bénéfiques d'un traitement très précoce dans les pays développés. Ceci nous apparaît particulièrement choquant et guidé uniquement pour des raisons commerciales. En effet, dans les pays en voie de développement seule une minorité a accès aux traitements, et en général les plus anciens et toxiques et les pays développés n'ont que faire d'être intoxiqués des années supplémentaires au seul bénéfice des lobbys pharmaceutiques et de leurs relais politiques.

Des données intéressantes ont été apportées sur l'incidence des cancers chez les séropositifs. Ainsi le risque de Kaposi est multiplié par 79,2, le cancer anal par 32,4, le lymphome non hodgkinien par 3 et le cancer du poumon par 1,5. Malheureusement aucun conseil de prévention de ces cancers n'est proposé. Rappelons que l'utilisation régulière de Thé vert (anti-NF-kB), de Shitaké ou de crucifères (anti HPV) et de curcuma devrait réduire considérablement ces risques. **De plus, il ne peut être écarté une influence très significative de certains antiviraux sur l'apparition de ces cancers d'autant plus que ces cancers n'apparaissent pas systématiquement chez les séropositifs ayant de bas CD4. Il serait enfin urgent de sélectionner les antiviraux en fonction de leur pouvoir mutagène et cancérigène. Rappelons pour mémoire que l'AZT est très fortement mutagène.**

Concernant les toxicités des antiviraux, une étude sur la toxicité rénale montre que le tenofovir est moins toxique (incidence de 2,2% à 6 ans de traitement avec une augmentation avec le temps de 12% par an) que le lopinavir boosté (incidence de 4% à 6 ans de traitement avec une augmentation avec le temps de 16% par an) qui est lui-même moins toxique que l'atanazavir boosté (incidence de 4% à 6 ans de traitement avec une augmentation avec le temps de 27%

C.94- Analyse de la conférence CROI 2015- Seattle (23/02-4/03/2015)

Écrit par Dr Adrien Caprani

Jeudi, 12 Mars 2015 16:55 - Mis à jour Jeudi, 04 Juin 2015 17:03

par an). Il est donc recommandé aux praticiens d'éviter de prescrire l'atanazavir. Mentionnons de plus la sortie d'une nouvelle formulation du tenofovir(TAF), moins toxique pour les reins et les os.

Comme nouveaux antiviraux, BMS propose le BMS-663068 qui appartient à une nouvelle classe : inhibiteur d'attachement (se fixe sur la gp120) et le BMS-955176 qui est un inhibiteur de maturation.

Le premier en phase 2b présente sur 48 semaines une efficacité comparable aux autres antiviraux et une bonne tolérance. Le deuxième en phase 2a présente une bonne efficacité pour une résistance extensive.

Pour l'hépatite C un essai sur 12 semaines a comparé les molécules de Gilead(Ledipasvir) et de BMS (sofosbuvir+daclatasvir). Toutes deux donnent un taux de guérison de 95%. On peut espérer que la concurrence des deux laboratoires permette de réduire de manière drastique le coût extravagant du traitement et évite que la Direction du médicament au Ministère soit rackettée.

Pour clore cette analyse, on ne peut que regretter l'absence à cette conférence de travaux sur les voies d'éradication du virus et la mise à l'index depuis 2 ans de la thérapie d'éradication du Dr Prakash(C.92 sur notre site)et stigmatiser le comportement criminel de ceux qui la bloquent !!!!