

# Virus de New York : échec de prévention et/ou de communication ?

6

Caroline Semaille  
InVS (Saint-Maurice)

« Le » cas de ce patient new-yorkais porteur d'un virus multirésistant et ayant évolué très rapidement vers le sida avait défrayé la chronique en janvier... A Boston, une session spéciale lui a été consacrée, au pied levé, devant une salle comble. Un bilan problématisé qui permettait de replacer ce cas dans un contexte global, dont il ressort que l'enjeu majeur n'est autre que la nécessité de renforcer l'effort de prévention, en particulier chez les homosexuels.

## Les faits...

Un homme homosexuel, âgé de 40 ans, a été diagnostiqué pour une infection à VIH à New York en décembre 2004 avec une souche de virus multirésistante ; ce patient a développé un sida en quelques mois (entre 4 et 20 mois)<sup>1</sup>. La dernière sérologie négative pour le VIH remontait à 20 mois par rapport au diagnostic actuel (le western blot était complet en décembre), mais le patient avait présenté en novembre des signes évoquant une primo-infection, et un examen biologique (test désensibilisé<sup>2</sup>) était en faveur d'une infection récente (moins de 6 mois). Ce patient n'a pas présenté d'infection opportuniste, mais du fait d'une persistance d'un nombre de CD4 à 80/mm<sup>3</sup>, le diagnostic de sida a été porté selon la définition du CDC (nombre de CD4 < 200/mm<sup>3</sup>) – mais pas au regard de la définition européenne. Ce patient a déclaré avoir eu de multiples relations sexuelles non protégées avec des partenaires anonymes dans les mois qui ont précédé, et

être consommateur de métamphétamines.

La souche du virus présente un profil de résistance vis-à-vis de 3 des 4 classes thérapeutiques d'antirétroviraux, mais il reste sensible à l'efavirenz (Sustiva®) et à l'enfuvirtide (Fuzeon®). Par ailleurs, malgré de nombreuses mutations de résistance, ce virus a conservé une capacité de réplication importante, comparable à celle des souches sauvages. Bien que la coexistence de deux souches ne soit pas complètement écartée, ce virus semble présenter un tropisme double vis-à-vis des corécepteurs CCR5 et CXCR4. La souche de ce patient est un virus du sous-type B, mais les caractéristiques présentées par ce sous-type B ne sont pas décrites dans la base de référence des sous-types du laboratoire américain de Los Alamos. Enfin, les chercheurs n'ont pas trouvé de terrain génétique particulier chez ce patient qui puisse expliquer la progression rapide vers le sida, mais des explorations complémentaires sont en cours. Le département de santé de la ville de New York a donné l'alerte le 11 février avec un courrier adressé aux médecins infectiologues, internistes, pédiatres et gynécologues, les encourageant à dépister et à notifier les partenaires des personnes nouvellement diagnostiquées pour le VIH. Les autorités de la ville ont également alerté la population new-yorkaise en organisant une conférence de presse, et l'information a été lar-

**En conclusion du symposium, la question était de savoir pourquoi des personnes continuent aujourd'hui à se mettre dans des situations à haut risque de transmission**

1 - Markowitz M, Mohri H, Mehndru S, et al. « Infection with multidrug resistant, dual-tropic HIV-1 and rapid progression to AIDS: a case report » Lancet, 2005, 365, 1031-38

2 - Test désensibilisé ou « detuned assay » : un résultat positif avec un test VIH de dernière génération (sensible) et négatif avec un test désensibilisé (lorsque la quantité d'anticorps est inférieure au seuil de positivité de ce test) permet de conclure à une infection récente. Ce test, en principe, ne doit pas être utilisé lorsque les sujets sont au stade sida.

gement relayée par la presse, outre-atlantique, mais aussi en France : « *New York craint un super virus du sida* » titrait *Libération*, « *Inquiétudes et réserves face à une souche très résistante du VIH* » citait *Le Monde*; « *Mutations et résistance : une course contre la montre entre VIH et chercheurs* » soulignait l'AFP. Ce déchaînement médiatique (voulu ou non par l'équipe et les autorités de New York) a fait grincer des dents la communauté scientifique.

### Mais qu'est-ce qui résiste ?

David Ho (de l'Aaron Diamond Aids Research Center à New York) s'est expliqué sur « son » cas lors d'un symposium spécial organisé par la CROI, où d'autres spécialistes étaient présents<sup>3</sup> : Stephen Grange et Matthews Dolan pour les aspects épidémiologiques et l'histoire naturelle du virus, Andrew Leigh Brown (Université d'Edimbourg) pour la transmission des souches résistantes et Harold Jaffe (Université d'Oxford) pour les aspects de santé publique. Stephen Grange s'est appuyé sur les résultats de deux cohortes historiques, la MACS chez les hommes (6 973 sujets depuis 1984) et la WIHS chez les femmes (3 768 sujets depuis 1994) pour estimer que 7 personnes sur 10 000 développent un sida (défini par un nombre de CD4 < 200) en 6 mois, et que 45 personnes sur 10 000 développent un sida en 12 mois. A partir de la cohorte de l'armée américaine, Matthews Dolan a également rappelé que parmi les 270 personnes ayant fait une séroconversion pour le VIH, 15 ont progressé vers le sida (clinique) en 1 an. La progression rapide vers le sida est donc rare, mais connue. Andrew Leigh Brown a également souligné que la transmission de souches résistantes existe, et que sa fréquence a augmenté depuis l'introduction des traitements puissants. La « fitness » des souches résistantes est généralement moins bonne que celles des souches sauvages. En conclusion du symposium, Harold Jaffe a souligné que la question était de savoir pourquoi des personnes continuent aujourd'hui à se mettre dans des situations à haut risque de transmission. Il a cité la lassitude vis-à-vis de la prévention, l'utilisation de drogues, l'absence de peur, l'impact de l'indétectabilité des charges virales... autant de facteurs qui selon

lui peuvent expliquer cette prise de risque. Finalement, « le cas de New York » aurait aussi bien pu survenir à Paris. En effet, la multirésistance existe en France, puisque 5 % des sujets de la cohorte ANRS/Primo (personnes récemment infectées) présentaient une multirésistance en 1999-2000<sup>4</sup>. Actuellement, il n'est pas mis en évidence d'augmentation de la fréquence de souches résistantes. Par ailleurs, la question du relâchement de la prévention dans la population homosexuelle se pose clairement en France aussi, depuis 2000 : les enquêtes de comportement montrent une augmentation des pénétrations anales non protégées, en particulier chez les personnes séropositives et avec des partenaires anonymes<sup>5</sup>; et l'augmentation des IST (recrudescence de la syphilis fin 2000 et émergence de la lymphogranulomatose vénérienne rectale en 2004)<sup>6</sup> reflète également un relâchement de la prévention. Enfin, un dernier indicateur, celui de la proportion de personnes récemment contaminées parmi les homosexuels qui découvrent leur séropositivité, suggère une transmission active du VIH dans cette population, puisque selon les données de la notification obligatoire, cette proportion est de 51 %<sup>7</sup>. En revanche, la consommation de métamphétamine, qui semble assez répandue depuis plusieurs années aux Etats-Unis dans le milieu homosexuel, n'a encore jamais été objectivement identifiée par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT). La cristal-méthamphétamine, dénommée « *Ice* » en France, existe sous forme de poudre ou de cristaux, et permet de réaliser de véritables « marathons sexuels ». L'usage de produits excitants ou désinhibants conduit à prendre plus de risques sexuels. L'apparition d'un virus multirésistant chez un homosexuel, associé à une progression rapide du sida (entre 4 et 20 mois) est rare, mais cette histoire aurait pu survenir à Paris, Rotterdam, Londres ou San Francisco. Elle souligne une fois de plus l'importance de la prévention, et le besoin de messages ciblés pour la communauté homosexuelle : ce cas souligne un échec relatif de la prévention dans cette population depuis quelques années, de part et d'autre de l'Atlantique. - **Caroline Semaille**

3 - « **HV-1 Drug Resistance and Rapid Disease Progression** » 12<sup>e</sup> CROI, Boston 2005, symposium spécial, session 31B [www.retroconference.org/2005/Pages/webcasts.htm](http://www.retroconference.org/2005/Pages/webcasts.htm)

4 - Descamps D, Chaix, M-L, Andre P, « **French National Sentinel Survey of Antiretroviral Drug Resistance in Patients With HIV-1 Primary Infection and in Antiretroviral-Naive Chronically Infected Patients in 2001-2002** », *JAIDS*, 38(5), 545-552

5 - **Baromètre Gay 2000-2002**, InVS

6 - **Résurgence de la syphilis en France 2000-2001**, BEH n° 35-36/2001; [www.invs.sante.fr/presse/2004/le\\_point\\_sur/lgv\\_160604/index.html](http://www.invs.sante.fr/presse/2004/le_point_sur/lgv_160604/index.html)

7 - « **Surveillance du VIH/sida en France. Données au 31 mars 2004** », rapport n° 2, InVS