

adhésion

□ Cotisation annuelle : 23 € (150 F).

Elle vous permet de participer à la vie de l'association, aux séminaires qu'elle organise régulièrement, vous donne accès aux services exclusifs comme la consultation par e-mail d'une revue de presse spécialisée internationale, et vous donne le droit de voter à son assemblée générale annuelle.

□ Vos dons sont aussi les bienvenus.

Ils vous permettent de bénéficier d'une déduction d'impôt égale à la moitié de leur montant annuel (un don de 60 € - 400 F -, par exemple, ne vous revient en fait qu'à 30 € - 200 F) : une attestation fiscale vous sera adressée.

Veillez compléter et détacher ce bulletin, et le renvoyer accompagné de votre règlement par chèque bancaire ou postal à l'ordre d'ActionsTraitements, 190, bd de Charonne, 75020 Paris

▼ MONTANT DU DON EN F

▼ NOM

▼ PRÉNOM

▼ ADRESSE

▼ CODE POSTAL

▼ VILLE

▼ TÉLÉPHONE (FACULTATIF)

▼ DATE

▼ SIGNATURE

Ces informations font l'objet d'un traitement informatisé et sont destinées aux membres du bureau d'ActionsTraitements ainsi qu'à son service comptable. Conformément à la loi Informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données personnelles vous concernant : pour l'exercer, adressez-vous à ActionsTraitements, 190, bd de Charonne, 75020 Paris.

► Des recherches difficiles à mener à cause de la disparité des méthodes d'évaluation des manifestations métaboliques

Un état des lieux des lipodystrophies

Redistribution des graisses et changements métaboliques sont fortement corrélés ; la dépense énergétique est augmentée dans les lipodystrophies.

La cause des lipodystrophies reste à élucider. Un récent article de la revue AIDS⁽¹⁾ avait pour but d'examiner les relations entre un traitement comprenant une antiprotéase, la distribution corporelle des graisses et les anomalies

grasses ; mais il n'est pas clair si ces changements métaboliques sont la cause de la redistribution des graisses ou, inversement, si c'est la redistribution des graisses qui sous-tend les changements métaboliques. De nombreuses études ont montré que les personnes qui prennent une antiprotéase présentent souvent des élévations des triglycérides, du cholestérol total et du LDL cholestérol (le

augmenter les taux sanguins du Zérit. Quand les mitochondries fonctionnent mal, l'acide lactique, toxique pour les cellules, peut s'accumuler. Les acides gras qui, normalement, devraient être métabolisés dans les mitochondries, peuvent aussi probablement s'accumuler, ce qui peut expliquer le stockage de lipides observé dans les muscles, le foie, et les cellules nerveuses. Des lésions cellulaires peuvent mener à la stéatose hépatique (accumulation anormale de graisses dans les cellules du foie), aux myopathies (maladies des muscles) et neuropathies périphériques (douleurs aux extrémités des membres) et, probablement, aux lipodystrophies.

Des études ont montré qu'en remplaçant l'antiprotéase par la Viramune ou par le Ziagen, on améliore partiellement les troubles métaboliques.

métaboliques observées dans le syndrome de lipodystrophies lié au VIH. La compréhension de la cause des modifications corporelles est entravée par la disparité des méthodes d'évaluation des diverses manifestations des lipodystrophies et par le besoin de conduire des études visant à distinguer causes et facteurs de risque. Il est difficile de mener ce type d'études.

mauvais cholestérol), de l'insuline et de la glycémie. Plusieurs études ont montré qu'en remplaçant l'antiprotéase par la Viramune ou par le Ziagen, on améliore partiellement les troubles métaboliques.

La perte de graisse sous-cutanée (les bras, le visage, les jambes) peut résulter de l'atrophie de cellules et de l'apoptose (la mort programmée de la cellule). La prise de graisse dans les régions viscérales (le ventre) peut résulter de l'adipogénèse, de la lipogénèse (façons de produire et de déplacer la graisse) ou des deux. Les graisses viscérales sont drainées par le foie, et cela peut contribuer à l'élévation des triglycérides et à la résistance à l'insuline chez les personnes séropositives.

Tout NRTI^(a) peut causer des toxicités mitochondriales^(b) à différents degrés, et leur impact peut être aggravé par des interactions avec les antiprotéases. Par exemple, quand Crixivan et Zérit sont associés, le Crixivan peut

Changements corporels et résistance à l'insuline

Cet article met l'accent sur deux points importants :

- Les auteurs associent lipodystrophies (changements corporels) et résistance à l'insuline^(c), adiposité centrale (abdomen) et anomalies métaboliques^(d), perte de graisse dans les extrémités et anomalies métaboliques, mais nous ne savons pas ce qui cause quoi. Par exemple, la résistance à l'insuline, facteur de diabète^(e), cause-t-elle les lipodystrophies ou les lipodystrophies causent-elles la résistance à l'insuline ? Les auteurs ne répondent pas à cette question.

- Les personnes lipodystrophiées ont une plus haute dépense énergétique au repos^(f) (DER). Les auteurs ont rapporté qu'une DER augmentée s'observe aussi chez les sujets diabétiques. Ils ont aussi montré une augmentation de la DER dans plu-

1. D. Kotler. AIDS 2001, 15: 1917-1930.
2. L. Kosmiski. AIDS 200; 15:1993-2000.
- a. NRTI. Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse.
- b. Mitochondrie. "Centrale énergétique" de la cellule, qui participe à sa respiration.
- c. Résistance à l'insuline. Perturbation de la production de l'hormone sécrétée

par le pancréas, qui active l'utilisation des sucres dans l'organisme.

- d. Métabolisme. Ensemble des transformations chimiques dans les tissus de l'organisme vivant (nutrition, échanges et dépenses énergétiques...).
- e. Diabète. Maladie liée à un trouble de l'assimilation des glucides avec présence de sucre dans le sang (hyperglycémie), qui peut provoquer des atteintes

des vaisseaux, des reins et des yeux.
f. DER. Quantité d'énergie dépensée par un individu au repos complet, à jeun, dans une atmosphère calme et à température constante avoisinant 29°.

sieurs études sur des hommes et des femmes séropositifs, avec ou sans perte de poids avant et après l'arrivée des multitraitements antirétroviraux, mais le mécanisme de cette augmentation n'est pas connu. L'étude actuelle confirme qu'une augmentation de la DER dans l'infection à VIH persiste à l'ère des multitraitements antirétroviraux, et suggère qu'elle caractérise l'apparition des lipodystrophies même chez les personnes qui ont une charge virale indétectable.

Les auteurs concluent que les résultats de cette étude ont plusieurs implications. Premièrement, il y a une relation de causalité entre la résistance à l'insuline et le syndrome de lipodystrophies – mais dans quelle direction ? Le développement rapide de la résistance à l'insuline dans le traitement par antiprotéases suggère qu'il précède la lipohypertrophie viscérale dans le syndrome de lipodystrophies et peut contribuer au stockage des graisses.

La forte association entre les changements de la redistribution des graisses et les modifications métabo-

liques suggère aussi que si le traitement par antiprotéases est interrompu, cela ne suffit pas à renverser complètement la tendance ; la forme du corps reste altérée. L'accumulation de graisses abdominales et la perte de graisses sous-cutanées ont des conséquences importantes chez les personnes qui suivent un traitement antirétroviral.

Les effets indépendants des antiprotéases

Il sera intéressant de déterminer, dans de futures études chez des personnes ayant une lipoatrophie périphérique isolée, et chez des personnes ayant une obésité centrale isolée, quelle est l'influence de chacun de ces facteurs sur les paramètres métaboliques.

Cependant, on sait que les antiprotéases ont aussi des effets indépendants sur les paramètres du métabolisme. Il semble que les sujets jamais traités par antiprotéases ont tendance à avoir plus de sensibilité à l'insuline que les sujets traités par antiprotéases

sans lipodystrophies. De plus, la DER est augmentée dans les lipodystrophies et est extrêmement corrélée à la sensibilité à l'insuline.

Dans un éditorial du même exemplaire de AIDS, d'autres auteurs⁽²⁾ démontrent, dans des études cliniques, que la perte de graisse est amplifiée quand les médicaments nucléosidiques (NRTI), surtout le Zérit et le Videx, et ceux de la classe des antiprotéases sont associés, par rapport au recours à une seule classe d'antirétroviraux, et suggèrent que les interactions entre ces deux classes de médicaments sont la cause principale de la fonte graisseuse sous-cutanée. Le rôle des nucléosidiques dans la survenue des pertes de graisse a été examiné ailleurs. Ces découvertes nous placent une étape plus près de l'élucidation des mécanismes induits par les antiprotéases, qui, ensuite, devrait clarifier le rapport entre nucléosidiques et antiprotéases dans l'ensemble du processus des lipodystrophies.

Yves Béhar

LIPOTATROPHIES

► 75 % des patients concernés par une lipoatrophie faciale n'ont pas eu accès à une réparation, selon une enquête de AIDES

La chirurgie esthétique est une priorité

Voici le compte-rendu de la réunion du groupe de travail sur les lipodystrophies qui a réuni des responsables des associations de lutte contre le sida, des médecins spécialistes et des responsables de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps), chargée d'évaluer les produits de santé et de proposer leur remboursement par la Sécurité sociale.

Il existe deux types de traitements proposés pour les lipoatrophies du visage des personnes atteintes.

1/ La technique de Coleman (réinjection de graisse prélevée sous la peau au niveau de l'abdomen)

Cette technique chirurgicale, qui nécessite une hospitalisation et le recours à une anesthésie générale réalisée par des chirurgiens plasticiens, est désormais validée et soumise à publication.

Elle est actuellement pratiquée par plusieurs équipes publiques et privées, mais l'offre de soins est très clairement insuffisante dans les hôpitaux publics. La liste d'attente peut

être supérieure à un an. Si elle est pratiquée à l'hôpital public, elle est prise en charge par la Sécurité sociale, après entente préalable.

L'Afsaps souhaite un encadrement de la technique en terme de sécurité virale et considère que cette technique répond aux impératifs de sécurité des pratiques chirurgicales applicables aux personnes atteintes par le VIH. La proposition d'encadrement de ces

brévet

► **Explications... À vous tous, fidèles abonnés, lecteurs depuis peu ou de toujours, nous devons quelques explications sur l'irrégularité de parution d'InfoTraitements en 2001.**

Le journal a vécu une période de transition, marquée par le départ de Serge Le Coz, pilier de l'association depuis sa fondation et rédacteur en chef : Serge a décidé de renouer avec ses intérêts professionnels d'origine, l'aide au développement grâce à l'agriculture biologique, et il s'est envolé pour l'Inde.

Une nouvelle équipe de rédaction se met en place, qui a la chance de pouvoir compter sur la solide collaboration de ses "journalistes" habituels, Yves Béhar, Jean-Marc Bithoun, Gonzalo Brauchy, Marek Korzec, Pierre-Jean Lamy, Frank Rodenbourg...

Sous l'impulsion de Jean-Pierre Fournier, président de l'association depuis un an, cette équipe a pour objectif de continuer à vous fournir, grâce à une parution régulière d'InfoTraitements, le maximum d'informations utiles sur l'évolution de l'infection à VIH, les traitements, les données les plus récentes et pertinentes de la littérature scientifique replacées dans leur contexte.

Plus que jamais, notre but est que vous soyez « mieux informés = mieux soignés ».

Grâce à notre nouveau logiciel de gestion des abonnements, nos abonnés ne seront pas lésés en ce qui concerne les numéros à recevoir, et leur abonnement sera prolongé pour compenser les numéros manquants de 2001.