

VIVRE AVEC LE VIH

La surmédication en question

La surmédication est un phénomène connu dans la population générale, en particulier chez les personnes âgées. Les personnes séropositives, dont le suivi médical est pourtant considéré comme souvent exemplaire, n'en sont pas exemptes. De quoi s'en préoccuper, quand, de surcroît, ces personnes sont confrontées aux problèmes liés au vieillissement, qu'il faut aussi traiter.

Que doit-on entendre par surmédication ? Selon Martha Boffito (Hôpital Chelsea Westminster, Londres) qui s'est beaucoup intéressée à cette question, il en existe plusieurs définitions. Parmi elles, on peut en citer deux :

- 1) la prise de plus de cinq médicaments
 - 2) l'usage de médicaments non indiqués.
- À noter que le mot polymédication signifie la même chose.

Deux revers de médaille

Depuis quelque temps, patients séropositifs et médecins surfent sur une bonne nouvelle : l'espérance de vie des PVVIH⁽¹⁾ se rapproche de celle de la population générale. Ainsi - et le sujet est largement débattu - elles vieillissent avec le VIH. Mais cette bonne nouvelle a deux revers de médaille. Le premier étant que le vieillissement a des conséquences... de vieillissement, par ailleurs souvent prématuré chez les PVVIH ! Entendons par-là des problèmes de santé autres que ceux qu'entraîne le VIH lui-même, à traiter avec des médicaments spécifiques (hypertension, problèmes cardiaques, arthrose...). Mais aussi, des modifications de l'absorption, de la distribution, de la métabolisation⁽²⁾ et de l'élimination des médicaments dans l'organisme, majorées par l'âge ainsi que la prise de certains antirétroviraux. Ainsi, les toxicités des médicaments peuvent se ressentir plus fortement, les interactions entre molécules de toutes sortes peuvent être plus prononcées. Sans parler de la



consommation d'alcool qui peut aussi augmenter avec l'âge.

Même les antirétroviraux !

Peu de recherches se concentrent sur ce problème. Mais à la conférence du Cap, en été 2009, des cliniciens québécois ont publié une petite étude rétrospective⁽³⁾ qui leur a permis d'arriver à une conclusion encore plus étonnante : il arrive que même les médicaments antirétroviraux soient prescrits en surnombre.

L'étude a porté sur 101 patients ayant un VIH multi-résistant, à qui était prescrit un traitement dit "de sauvetage", composé de plusieurs produits, issus de classes différentes. Ils prenaient donc des inhibiteurs nucléosidiques (NRTI), dont on sait qu'ils n'ont plus beaucoup d'efficacité face à un virus résistant. L'objectif de l'étude était par conséquent d'évaluer l'impact réel de ces produits dans un cadre de multirésistance virale.

Tous les patients étudiés prenaient des antirétroviraux en moyenne depuis douze ans. Ils avaient expérimenté les trois classes d'antirétroviraux les plus utilisées jusqu'à ce jour (NRTI, NNRTI⁽⁴⁾ et antiprotéases) et ils recevaient un nouvel antirétroviral (étravirine, maraviroc ou raltégravir), en plus d'un inhibiteur nucléosidique (pour 17 patients), deux (pour 64 patients), ou trois (pour 11 patients). Neuf patients ne prenaient aucun NRTI.

Surprise : les tests génotypiques⁽⁵⁾ de résistance ont

montré que 75 % de l'ensemble de ces patients avaient des NRTI qui n'avaient plus aucune activité, 20 % n'en avaient plus qu'un qui restait actif, et seulement 6 % en avaient deux qui gardaient une activité. Ainsi, le nombre de NRTI prescrits ne s'est pas révélé associé à une plus forte activité de l'ensemble du traitement.

Par ailleurs, grâce à une analyse multivariée⁽⁶⁾, l'efficacité du traitement s'est montrée associée au nombre plus élevé des seuls médicaments actifs que celui-ci contenait, mais beaucoup moins au nombre des NRTI prescrits.

Les chercheurs ont conclu que les NRTI non actifs que prenaient les patients observés n'avaient en rien participé à l'impact positif des traitements sur leurs résultats. Ils suggèrent aussi que les NRTI non actifs soient écartés de tout traitement antirétroviral. Si cette suggestion devait être suivie, elle aurait pour conséquence un recours plus fréquent aux tests génotypiques, et par conséquent une individualisation plus poussée des soins et traitements des PVVIH.

Réduction des risques de surmédication

Mais les PVVIH - surtout ceux qui vieillissent avec le VIH, comme nous l'indiquons ci-dessus - sont souvent amenées à prendre d'autres médicaments que des antirétroviraux. Plusieurs cas de surmédication dans cette population ont été cités par le Dr Boffito à la conférence européenne de Cologne⁽⁷⁾, dont nous n'en retiendrons qu'un seul.

Un homme de 67 ans, de race blanche, arrive pour la première fois dans le centre de soins où elle exerce. Il prend des antirétroviraux, des médicaments pour contrôler une légère insuffisance rénale, un diabète, une insuffisance du pancréas et une hyperlipidémie⁽⁸⁾. L'équipe de soins qui le reçoit passe en revue ses ordonnances diverses et s'aperçoit que le patient prend deux statines⁽⁹⁾, alors qu'une seule suffirait pour traiter son hyperlipidémie.

Des recommandations ? Martha Boffito insiste d'abord sur l'utilité de la surveillance des concentrations des antirétroviraux dans le sang. Car si les interactions entre produits sont à un moment où a un autre inévitables, elles peuvent être facilement gérables, à condition d'être documentées. Ensuite, elle conseille une réévaluation très régulière des prescriptions : à chaque visite des patients, et quand un problème se présente ; quand il devient

nécessaire de changer d'antirétroviraux ou d'arrêter la prise d'un traitement associé à ces derniers (par exemple pour contrôler le taux de sucre...) ; en cas de dysfonctionnement d'un organe X...

L'hypertension doit elle aussi faire l'objet d'une surveillance particulière, et ce message doit être martelé sans cesse puisque quelques enquêtes ont montré que la prise de la tension artérielle n'était pas un acte systématique des médecins à chaque consultation. Pourquoi ? Parce qu'elle peut être signe de sur ou sous-dosage d'un médicament, d'une interaction entre deux médicaments...

Enfin, les médecins doivent aussi penser à interroger leurs patients le plus régulièrement possible sur leurs éventuelles prises d'autres produits que les médicaments qui leur ont été prescrits, ceux qu'ils prennent en automédication comme ceux qui sont à base de plantes (on se souvient des problèmes causés par le millepertuis⁽¹⁰⁾). Ce serait peut-être même par là qu'il faudrait commencer.

PAR ALAIN VOLNY ANNE

avolnyanne@actions-traitements.org

GLOSSAIRE

(1) PVVIH :

Personne(s) Vivant avec le VIH.

(2) Métabolisation :

Transformation d'une substance (médicament) dans l'organisme pour en obtenir les effets visés.

(3) Étude rétrospective :

Étude prenant en considération des données recueillies dans le passé, par exemple les dossiers médicaux d'un groupe de patients. Ici, il s'agit de l'étude conduite par la clinique de l'Actuel à Montréal.

(4) NNRTI :

Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse.

(5) Tests génotypiques de résistance :

Le génotype correspond au matériel génétique d'un virus. Lorsque des mutations se produisent sur un génotype, elles peuvent induire des résistances à certains antiviraux. Les tests génotypiques permettent alors de les mettre en évidence et aident à la décision thérapeutique.

(6) Analyse multivariée :

L'analyse multivariée recouvre un ensemble de méthodes destinées à synthétiser l'information issue de plusieurs variables, pour mieux l'expliquer.

(7) Conférence de Cologne :

European AIDS Conference, Cologne, 11-14 novembre 2009.

(8) Hyperlipidémie :

Excès de lipides (graisses) dans le sang, notamment le cholestérol et les triglycérides.

(9) Statines :

Famille de médicaments utilisés pour abaisser le taux de cholestérol sanguin.

(10) Millepertuis ou plante de la St Jean :

Plante médicinale souvent utilisée pour les troubles psychologiques, mais également connu pour ses fortes interactions avec de nombreux médicaments (donc pouvant provoquer des surdosages ou des sous-dosages)