

C. Le traitement précoce de l'hépatite C transmise sexuellement

Dans les cas de co-infection VIH/VHC, le traitement d'une hépatite C bien établie a habituellement un taux de succès de moins de 50 %. Toutefois, si cette infection est traitée très précocement, certains chercheurs estiment qu'il est possible d'atteindre un taux de guérison plus élevé.

De plus en plus, on entend parler d'hommes vivant avec le VIH qui contractent l'hépatite C même si leur seul facteur de risque est le sexe anal non protégé avec d'autres hommes. Des chercheurs de l'Université de Bonn ont donc décidé d'explorer l'impact d'un traitement précoce contre le VHC chez les personnes ayant le VIH. Ils ont recruté des hommes qui répondaient à au moins deux des critères suivants dans les quatre mois précédant le recrutement :

- exposition connue ou soupçonnée au VHC;
- séroconversion documentée (il s'agit du moment où une personne commence à présenter des anticorps anti-VHC);
- taux d'ALT supérieur à 300 unités internationales (UI) avec documentation d'un taux normal un an plus tôt.

Les participants qui répondaient à deux de ces critères ont reçu du peginterféron (injecté une fois par semaine) et de la ribavirine par voie orale deux fois par jour—il s'agit du traitement standard de l'infection par le VHC. Tous les médicaments ont été pris pendant six mois.

Le profil moyen des 32 hommes recrutés était le suivant :

- âge – 31 ans;
- taux d'ALT – 367 UI;
- charge virale en VHC – 800 000 UI;
- compte des CD4+ – 400 cellules.

Les hommes étaient porteurs des génotypes suivants du VHC :

- génotype 1 – 21 hommes;
- génotype 2 – 3 hommes;
- génotype 3 – 4 hommes;
- génotype 4 – 2 hommes;
- génotypes 1 et 2 – 1 homme;
- autres génotypes – 1 homme.

Résultats

Les chercheurs ont trouvé que 61 % des hommes n'avaient plus de VHC décelable dans le sang après

le traitement. Le principal facteur associé à cette guérison initiale était le fait que le VHC était également indétectable au premier, au deuxième et au troisième mois suivant le début du traitement.

L'équipe de recherche prévoit un suivi de 18 mois afin de s'assurer que ce taux de guérison se maintient. Jusqu'à présent, 21 hommes qui avaient initialement présenté des signes de rétablissement n'ont pas rechuté.

Ces résultats révèlent qu'il est possible de guérir de l'infection par le VHC si un traitement efficace est amorcé dès les stades très précoces de l'infection.

RÉFÉRENCE :

Vogel M, Baumgarten A, Kalusen G, et al. Pegylated interferon in the treatment of acute HCV infection in HIV-positive individuals – interim analysis of a large German multicenter study. *2nd International Workshop on HIV and Hepatitis Co-infection*, Amsterdam, Netherlands, 12–14 January 2006. Abstract 25.

D. Le traitement du génotype 3 – plus ça dure, mieux c'est

Comme nous l'avons déjà mentionné, les génotypes 2 et 3 du VHC sont généralement plus faciles à traiter lorsqu'ils sont présents tout seuls (en l'absence du VIH). Mais est-ce également le cas lorsque le VIH est présent aussi? Pour répondre à cette question, des chercheurs oeuvrant dans plusieurs centres de recherche italiens ont conduit un essai clinique auprès de 128 participants.

Le profil de ces volontaires co-infectés était le suivant :

- 20 % de femmes, 80 % d'hommes;
- moyenne d'âge – 38 ans;
- 75 % s'injectaient de la drogue;
- compte des CD4+ moyen – 540 cellules.

Tout le monde a reçu le traitement standard du VHC pendant six mois, c'est-à-dire de l'interféron pegylé une fois par semaine par injection et de la ribavirine par voie orale, deux fois par jour. À la fin de cette période, les participants qui avaient une charge virale indétectable en VHC ont été affectés au hasard à l'un des deux groupes suivants :

- groupe 1 – suspension du traitement anti-VHC;
- groupe 2 – poursuite du traitement d'association contre le VHC pendant cinq mois.

Comme le nombre d'abandons attribuables aux effets secondaires était important, les deux groupes comptaient relativement peu de participants après les six premiers mois de l'étude :

- groupe 1 – 38 participants;
- groupe 2 – 36 participants.

Résultats

On a constaté davantage de rechutes chez les participants qui n'ont *pas* poursuivi le traitement anti-VHC :

- groupe 1 (aucun traitement additionnel) – taux de rechute de 53 %;
- groupe 2 (poursuite du traitement pendant cinq mois) – taux de rechute de 40 %.

Le facteur le plus utile pour prévoir quels participants ne feraient pas de rechute après un an était le fait d'avoir eu une charge virale indécélable en VHC après les quatre premières semaines du traitement. En effet, les participants qui n'avaient pas de VHC décelable après le premier mois du traitement étaient quatre fois moins susceptibles de faire une rechute.

Dans l'ensemble, les résultats de cette étude laissent penser que les PVVIH co-infectées par le génotype 2 ou 3 du VHC sont plus susceptibles de guérir lorsqu'elles reçoivent un traitement de longue durée. Malheureusement, la tolérance au traitement anti-VHC a été un problème considérable dans le cadre de cet essai, plusieurs participants ayant abandonné l'étude à cause de la gravité des effets secondaires. Cette étude souligne donc le besoin de mettre au point des traitements plus tolérables contre le VHC.

RÉFÉRENCE :

Zanini B, Puoti M, Quiros-Roldan E, et al. The optimal duration of treatment for HIV infected patients with chronic hepatitis C and génotype 2 or 3 is 48 weeks: results of a randomized controlled trial. *2nd International Workshop on HIV and Hepatitis Co-infection*, Amsterdam, Netherlands, 12–14 January 2006. Abstract 27.

E. Le ténofovir ou l'adéfovir pour l'hépatite B

Le ténofovir (Viread) est un analogue nucléotidique qui est homologué pour le traitement du VIH lorsqu'il est utilisé en combinaison avec d'autres médicaments. Lors d'expériences de laboratoire, le ténofovir s'est également montré actif contre le virus de l'hépatite B (VHB), ce qui ferait de lui un

traitement idéal pour les personnes vivant avec ces deux virus.

L'analogue nucléotidique adéfovir (Hepsera) présente une possibilité semblable. À raison de 10 mg/jour, l'adéfovir possède une activité anti-VHB mais aucune activité anti-VIH. Ce médicament pourrait donc s'avérer utile aux personnes co-infectées par le VHB et le VIH qui n'ont pas encore besoin de prendre un traitement anti-VIH mais chez qui l'hépatite B doit être maîtrisée. Il faudrait que les essais cliniques de l'adéfovir soient menés chez des personnes co-infectées afin de démontrer l'innocuité et l'efficacité à long terme de ce médicament.

Des chercheurs oeuvrant dans des hôpitaux de Bonn, de Dusseldorf et de Madrid ont collaboré à une étude afin d'évaluer l'efficacité à long terme du ténofovir (39 personnes) et de l'adéfovir (7 personnes) dans le contexte de la co-infection VIH/VHB.

Détails de l'étude

Au total, 46 participants co-infectés se sont inscrits à l'étude. Ils avaient le profil moyen suivant :

- compte des CD4+ – 342 cellules;
- charge virale en VIH – 80 000 copies;
- taux d'ALT – 87 UI;
- taux d'ADN VHB – 7,9 logs.

En moyenne, les participants ont reçu du ténofovir ou de l'adéfovir pendant presque trois ans.

Résultats

Après trois ans de traitement par ténofovir, 34 participants présentaient un taux de VHB très faible dans le sang, soit moins de 10 UI. En moyenne, les cinq autres patients recevant du ténofovir ont vu leur taux de VHB chuter par un facteur de 100 comparativement à la période pré-traitement. Toutefois, leur taux de VHB demeurait décelable, se situant entre 3 et 6 logs. Chez un participant, le VHB résistait au ténofovir dans les expériences de laboratoire, mais la poursuite du traitement lui a permis de voir son taux de VHB passer sous les 10 UI.

Tous les utilisateurs de l'adéfovir avaient un taux de VHB décelable malgré un traitement prolongé. Toutefois, le VHB n'a manifesté aucune résistance à l'adéfovir.

Cet essai n'a pas été conçu pour comparer l'efficacité du ténofovir à celle de l'adéfovir. De toute façon, le faible nombre de patients ayant reçu de l'adéfovir n'aurait pas permis une telle comparaison.