

Disponible sur le World Wide Web à l'adresse  
<http://www.catie.ca/ts.nsf>

## Table des matières

### I AGENTS ANTI-VIH

A. L'avenir des traitements médicamenteux	1
B. Durée d'un régime initial	1
C. Régimes en alternance : une solution prometteuse	3
D. Congés thérapeutiques	4
E. Interruption du traitement (essai)	4
F. Les immunostimulants peuvent-ils retarder le recours à la multithérapie?	6

## I AGENTS ANTI-VIH

### A. L'avenir des traitements médicamenteux

Dans les pays à revenu élevé, la multithérapie antirétrovirale réduit grandement les taux de décès et d'infections attribuables au sida. Toutefois, la multithérapie comporte plusieurs inconvénients. Elle provoque des effets secondaires (à court et à long termes), le VIH peut devenir résistant à la thérapie, et elle ne permet pas la guérison. Pour certaines ou l'ensemble de ces raisons, les médecins ont comme objectif que leurs patients poursuivent leur thérapie, tous les jours, pendant aussi longtemps que possible. Cependant, les effets secondaires peuvent rendre difficile la conformité à la thérapie quotidienne continue.

Dans leurs efforts en vue de contrecarrer ces inconvénients de la multithérapie, des chercheurs font l'essai de diverses solutions, notamment :

- thérapies en alternance
- interruptions structurées du traitement

Certaines de ces solutions semblent prometteuses, mais pas toutes. Il importe de noter que les chercheurs sont fort conscients des limites de la thérapie quotidienne et qu'ils tentent de trouver des solutions créatives pour repousser ces limites. Dans le présent numéro de *TraitementSida*, nous examinons de plus près les recherches menées sur ces diverses stratégies, et nous présentons celles qui ont réussi ou échoué.

### B. Durée d'un régime initial

À la fin des années 1990, une équipe de recherche américaine a évalué que le régime médicamenteux initial d'une personne vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida) pouvait être utile pendant environ

produit par



Canadian AIDS Treatment  
Information Exchange  
Réseau canadien  
d'info-traitements sida

555, rue Richmond Ouest, bureau 505, case 1104  
Toronto (Ontario) M5V 3B1 Canada  
téléphone : 416.203.7122  
sans frais : 1.800.263.1638  
télécopieur : 416.203.8284  
site Web : <http://www.catie.ca>  
numéro d'organisme de bienfaisance : 13225 8740 RR

un an. Selon l'étude, la durée des régimes subséquents était plus courte, c'est-à-dire de sept mois en moyenne.

Récemment, des chercheurs de la University of Alabama at Birmingham ont évalué la période pendant laquelle les PVVIH/sida qui n'avaient jamais suivi de thérapie pouvaient continuer à suivre leur régime initial. D'après les calculs des chercheurs, la durée moyenne de la thérapie initiale a augmenté et se situe à environ un an et demi. Il s'agit d'une amélioration importante par rapport aux années antérieures, et il faudra comparer ces résultats avec ceux obtenus dans d'autres cliniques, dans des régions et des pays différents. La principale raison pour laquelle les PVVIH/sida doivent changer de thérapie? Les effets secondaires.

### Détails de l'étude

Les chercheurs ont analysé leurs dossiers cliniques et évalué les données recueillies entre janvier 1996 et octobre 2001. Les chercheurs ont étudié le cas de 1 206 PVVIH/sida, et ils ont trouvé 405 sujets qui avaient entrepris une multithérapie sans avoir suivi précédemment de traitement anti-VIH. Voici le profil de ces 405 PVVIH/sida juste avant qu'elles commencent leur multithérapie :

- âge moyen – 36 ans
- 24 % de femmes, 76 % d'hommes
- 8 % étaient des utilisateurs de drogues injectables
- numération CD4+ moyenne – 197 cellules
- charge virale moyenne – 70 146
- 18 % avaient déjà présenté une infection menaçant le pronostic vital

Comme régime initial, on choisit souvent un régime ayant à sa base un inhibiteur de la protéase (65 %) ou un analogue non nucléosidique (25 %).

### Résultats — durée de la thérapie

En moyenne, les PVVIH/sida ont conservé leur régime initial pendant 1,6 an (581 jours). La choix de la thérapie n'a pas eu d'effet sur la durée de la thérapie. Voici la durée moyenne des régimes subséquents :

- 2<sup>e</sup> régime – 11 mois (324 jours)
- 3<sup>e</sup> régime – 7 mois (218 jours)

Une minorité de patients, soit 11 sur 45 (25 %), qui ont été suivis pendant une période pouvant atteindre quatre ans, ont conservé leur régime initial.

### Pourquoi a-t-il fallu changer de thérapie?

La raison la plus fréquente (environ 50 %) est les effets secondaires—surtout la nausée et les

vomissements. Pour certains des effets secondaires les plus fréquents, voici les proportions de sujets dont le dossier médical donnait des raisons précises de l'interruption de la médication :

- nausée et-ou vomissements – 13 %
- taux de globules rouges sous la normale (anémie) – 7 %
- neuropathie périphérique – 7 %
- symptômes gastrointestinaux (diarrhée, pancréatite, etc.) – 6 %

Une autre raison importante de l'interruption de la thérapie a été une conformité faible et un échec virologique chez 23 % des PVVIH/sida.

Les chercheurs ont également examiné les autres raisons pouvant expliquer la durée moindre d'une thérapie initiale, et ils ont dégagé deux facteurs clés. Les PVVIH/sida les plus susceptibles de conserver leur régime initial pendant les périodes les plus courtes présentaient les caractéristiques suivantes:

- Elles utilisaient des drogues injectables.
- Elles avaient déjà souffert d'infections menaçant leur pronostic vital.

L'équipe de recherche n'a pu déterminer de façon certaine les raisons pour lesquelles la thérapie a une durée moindre dans le cas des utilisateurs de drogues injectables ou des personnes ayant un sida confirmé. Certains lecteurs se diront peut-être que les toxicomanes sont plus enclins à ne pas respecter les doses et l'horaire de leur médication. Toutefois, dans cette étude, la plupart des utilisateurs de drogues injectables avaient, semble-t-il, arrêté la thérapie à cause d'effets secondaires.

Dans l'ensemble, les résultats de cette étude soulignent les répercussions que peuvent avoir les effets secondaires sur la capacité des PVVIH/sida de s'en tenir à leur régime thérapeutique. Il est évident qu'il faut mettre au point des régimes plus facilement tolérés. Les résultats de l'étude rendent encore plus nécessaires les discussions sur le choix d'un régime initial. Ils donnent aussi à penser qu'il faut intensifier les recherches auprès d'utilisateurs de drogues injectables qui suivent une multithérapie afin de trouver des régimes plus tolérables.

### RÉFÉRENCE

Chen RY, Westfall AO, Mugavero MJ, et al. Duration of highly active antiretroviral therapy regimens. *Clinical Infectious Diseases* 2003;37(5):714-722.

### C. Régimes en alternance : une solution prometteuse

Selon les lignes directrices de traitement, la thérapie contre le VIH/sida doit être administrée tous les jours et pendant toute la vie des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida). Cependant, à cause des effets secondaires et de la capacité du VIH de résister au traitement, des chercheurs étudient des solutions autres qu'une thérapie continue. Une possibilité serait d'alterner régulièrement entre deux régimes. Cette stratégie de réutiliser les médicaments d'un régime expose les PVVIH/sida à des doses continues des médicaments des mêmes régimes pendant des périodes moindres. En théorie, cela aurait le potentiel de réduire les effets secondaires à long terme provoqués par l'une et l'autre des associations de médicaments, ce qui pourrait retarder la constitution d'une résistance. Pour en connaître davantage sur les risques et avantages de la réutilisation des traitements, des chercheurs en Espagne ont mené un essai clinique nommé SWATCH (SWitching Antiviral Therapy Combinations against HIV – alternance d'associations médicamenteuses contre le VIH). Les résultats obtenus au bout d'un an sont prometteurs. La suppression virale a été quelque peu meilleure avec les thérapies en alternance qu'avec le recours à une seule thérapie continue. Les taux d'effets secondaires ont été semblables, qu'il s'agisse de thérapies en alternance ou d'une seule thérapie continue. Il faudra mener d'autres études pour confirmer ces résultats.

#### Détails de l'étude

Les chercheurs ont recruté 161 adultes séropositifs VIH qui n'avaient jamais suivi de multithérapie. Voici leur profil au début de l'étude :

- environ 20 % de femmes, 80 % d'hommes
- âge moyen – 36 ans
- charge virale – 50 000 (de plus de 100 000 copies pour environ 25 % d'entre eux)
- numération CD4+ – environ 330 cellules

Tous les sujets participant à l'étude utilisaient l'un ou l'ensemble des médicaments suivants :

- AZT (Retrovir)
- 3TC (lamivudine, Epivir)
- ddI (didanosine, Videx)
- d4T (stavudine, Zerit)
- efavirenz (Sustiva)
- nelfinavir (Viracept)

Les chercheurs ont affecté les sujets à l'un des groupes suivants :

- Régime A – thérapie continue avec efavirenz, ddI et d4T
- Régime B – thérapie continue avec nelfinavir, AZT et 3TC
- Régime C – thérapies en alternance tous les trois mois (alternance entre les régimes A et B)

#### Résultats — Régime A par rapport au Régime B

Dans une étude américaine d'envergure appelée ACTG 384, le régime A s'est montré plus efficace que le régime B pour la suppression du VIH à long terme. Toutefois, dans le cadre de l'étude SWATCH, les deux régimes ont été d'une efficacité égale sur la période d'un an, la durée de l'étude. En effet, après un an, la charge virale était inférieure à 400 copies dans le cas d'environ 80 % des sujets, et inférieure au point repère de 50 copies, dans le cas d'environ 67 % des sujets de chaque groupe. De plus, pour chaque régime, les proportions de sujets qui ont dû cesser la thérapie étaient les mêmes (environ 21 %).

En moyenne, après 12 mois, la numération CD4+ a augmenté de près de 200 cellules chez les sujets de chaque régime.

#### Résultats — Comparaison du Régime C à une thérapie continue

Lorsqu'ils ont comparé les résultats du régime C (thérapies en alternance) à ceux des régimes A et B (thérapie continue), les chercheurs ont trouvé certains résultats intrigants. Les sujets recevant une thérapie continue étaient quatre fois plus susceptibles d'avoir une charge virale détectable (de plus de 400 copies). Il s'agit d'un résultat statistiquement significatif, c'est-à-dire non attribuable au hasard seulement. Les taux d'augmentation des cellules CD4+ étaient semblables dans les deux groupes.

#### Résultats — effets secondaires

Les proportions de sujets qui ont souffert d'effets secondaires graves ont été les mêmes dans les deux groupes. Chez les sujets qui ont suivi des thérapies en alternance, les chercheurs ont noté qu'en général, les effets secondaires liés aux médicaments qui se produisaient au début d'un régime ne revenaient pas ou qu'ils étaient moins graves lorsque l'on utilisait de nouveau le même régime.

#### Résultats — conformité et qualité de vie

Selon les chercheurs, les groupes qui ont suivi une thérapie continue et le groupe qui a suivi des thérapies en alternance ont présenté des taux de conformité et une qualité de vie semblables au cours de l'étude.

Les résultats de cette étude relativement petite sont prometteurs. En théorie, les thérapies en alternance ont le potentiel de prolonger l'efficacité du traitement de première ligne. Il faudra toutefois réaliser des essais cliniques de plus grande portée et d'une plus grande durée afin de confirmer les résultats de l'alternance d'associations médicamenteuses contre le VIH avant que les médecins puissent prescrire un tel traitement en toute confiance.

#### RÉFÉRENCE

Martinez-Picardo J, Negredo E, Ruiz L, et al. Alternation of antiretroviral regimens for HIV infection: a randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine* 2003;139: 181-189.

### D. Congés thérapeutiques

L'arrêt temporaire d'une thérapie continue, particulièrement lorsque le VIH a acquis un certain degré de résistance aux médicaments, est une idée intéressante pour certaines PVVIH/sida et pour les chercheurs. Cet arrêt temporaire, ou congé thérapeutique, se nomme parfois interruption structurée du traitement (IST) ou simplement interruption du traitement. Une théorie sous-jacente à l'interruption de traitement est que cette solution incite le VIH à cesser de résister constamment à la thérapie. Une autre raison possible est qu'un congé thérapeutique supervisé peut, dans certains cas, donner une chance à la PVVIH/sida de se remettre de la toxicité des médicaments. Les interruptions de traitement comportent des risques—baisse des numérations CD4+, hausse des charges virales et, par conséquent, des infections graves et même la mort. Pour ces raisons, si on songe à une interruption de traitement, il est préférable de le faire dans un cadre supervisé, par exemple un essai clinique, qui comprend des visites fréquentes à une équipe de soins chargée du suivi.

On a réalisé trois essais cliniques sur l'interruption du traitement des PVVIH/sida présentant un VIH résistant aux médicaments (avant le début de la thérapie de sauvetage); il s'agit des essais CPCRA 064, Retrogene et GIGHAART. Il est difficile d'en comparer les résultats en raison d'importantes différences entre eux. Par exemple, les sujets inscrits à l'essai GIGHAART avaient une numération CD4+ très faible (moyenne de 27 cellules), tandis que ceux de l'essai Retrogene affichaient une moyenne de 360 cellules. Les trois essais ont en outre procédé à des interruptions de traitement de durées différentes, allant de deux mois (GIGHAART) à quatre mois (CPCRA 064). Toutes ces différences influencent

vraisemblablement l'interprétation et la comparaison des trois essais.

Dans le présent numéro de *TraitementSida*, nous exposons les résultats du premier essai sur l'interruption du traitement dont le rapport a été publié, l'essai CPCRA 064. Les résultats des essais Retrogene et GIGHAART seront publiés bientôt.

#### RÉFÉRENCE

Hirschel B. Beware of Drug Holidays before HIV salvage therapy. *New England Journal of Medicine* 2003;349(9): 827-828.

### E. Interruption du traitement—essai CPCRA 064

Afin de trouver de meilleurs moyens d'aider les PVVIH/sida aux prises avec un VIH résistant aux médicaments et dont le régime de traitement ne fonctionne pas, des chercheurs aux États-Unis ont mené une étude appelée CPCRA 064. Aux fins de cette étude, les sujets ont été affectés au hasard à deux groupes et ont suivi l'un des deux régimes suivants :

- interruption du traitement de quatre mois, suivie d'une nouvelle association médicamenteuse
- modification de la thérapie actuelle sans interruption du traitement (thérapie continue)

Au cours de l'étude, des nombres égaux de sujets sont décédés dans chaque groupe. Toutefois, un nombre significativement plus élevé d'infections ont été relevées dans le groupe pour qui le traitement a été interrompu. Bien qu'il y ait eu au départ une différence statistiquement significative dans les numérations CD4+ et les charges virales entre les deux groupes (en faveur de la thérapie continue), ces différences ont cessé d'être significatives au cours de l'étude.

#### Détails de l'étude

Les chercheurs ont recruté 270 personnes ayant le sida et les ont réparties en deux groupes qui ont suivi l'un des régimes suivants :

- interruption du traitement de quatre mois, suivie d'une nouvelle association médicamenteuse
- modification de la thérapie actuelle sans interruption du traitement (thérapie continue)

Selon les chercheurs, 97 % des sujets avaient déjà utilisé l'ensemble des trois catégories de médicaments disponibles (analogues nucléosidiques, analogues non nucléosidiques et inhibiteurs de la protéase). Voici le profil des sujets au début de l'étude :

- âge moyen – 44 ans
- 9 % de femmes, 91 % d'hommes
- environ 56 % avaient survécu à au moins une complication liée au sida qui avait mis leur vie en danger (habituellement une infection fongique ou bactérienne)
- numération CD4+ moyenne – 145 cellules
- charge virale moyenne – 100 000 copies

Les médecins ont étudié le dossier médical de chaque sujet et ont commandé des tests pour déterminer la résistance du VIH aux médicaments afin de déterminer quels nouveaux régimes ils pourraient élaborer à leur intention. Habituellement, les nouveaux régimes comprenaient environ quatre médicaments. À des fins de suivi, les sujets se rendaient initialement en clinique une fois par mois, mais au bout du huitième mois, les visites sont devenues trimestrielles. Au cours de l'étude, on a administré à la plupart des sujets des antibiotiques pour réduire les risques de certaines infections, soit la pneumonie à *Pneumocystis carinii* (PPC) et le complexe *Mycobacterium avium* (MAC).

### Résultats — survie et complications liées au sida

Il y eu autant de décès dans chaque groupe (huit). On a toutefois constaté une différence significative dans le nombre de sujets qui ont souffert de complications liées au sida dans :

- le groupe qui a interrompu le traitement – 17 sujets
- le groupe qui a reçu une thérapie continue – 5 sujets

Dans le groupe qui a interrompu le traitement, près des deux tiers des complications ont été la PPC ou des infections fongiques de la gorge. Voici la ventilation des complications dans le groupe qui a interrompu le traitement :

- infection fongique de la gorge – 7 sujets
- PPC – 4 sujets
- diarrhée menaçant le pronostic vital (causée par une infection, cryptosporidiose) – 3 sujets
- cancer (lymphome) – 2 sujets
- CMV (cytomégalovirus) – 1 sujet

Voici la ventilation des complications dans le groupe qui a reçu une thérapie continue :

- infection fongique de la gorge – 1 sujet
- PPC – 1 sujet
- diarrhée menaçant le pronostic vital (causée par une infection, cryptosporidiose) – 1 sujet
- MAC – 1 sujet
- herpès – 1 sujet

On encourageait les sujets participant à cette étude à prendre des antibiotiques pour prévenir la PPC et le MAC. De plus, la conformité aux antibiotiques a été évaluée et s'est située entre 64 % et 89 %. Les chercheurs ont indiqué que de 15 % à 36 % des sujets ont pris des médicaments antifongiques. Pour une raison ou une autre, les chercheurs n'ont pas évalué la conformité aux antifongiques.

La plupart des complications constatées dans les deux groupes de l'étude sont survenues après le quatrième mois, et non pendant l'interruption du traitement.

### Modifications des numérations CD4+

On ne s'en étonnera pas, chez les sujets qui ont interrompu le traitement, les numérations CD4+ ont d'abord été inférieures de 85 cellules comparativement aux sujets qui ont continué à prendre des médicaments. Il s'agit d'une différence statistiquement significative. Lorsque l'interruption du traitement a été terminée, les numérations CD4+ sont restées inférieures et ce, de façon statistiquement significative (47 cellules de moins), jusqu'au neuvième mois de l'étude.

### Modifications du VIH

Pendant les interruptions de traitement, la charge virale a été d'environ un log (soit dix fois) plus élevée que dans le cas des sujets qui ont poursuivi leur multithérapie. Cependant, lorsque l'interruption était terminée, il n'avait pas de différences significatives entre les deux groupes.

Les chercheurs pensent que l'une des raisons pour lesquelles les interruptions de traitement seraient utiles est que le VIH peut devenir moins résistant à la multithérapie. Cela s'est produit chez environ 64 % des sujets qui ont interrompu leur traitement.

### Qualité de vie

Initialement, les mesures de la qualité de vie se sont améliorées de façon significative chez les sujets qui ont interrompu le traitement. Toutefois, après le deuxième mois de l'étude, il n'y avait pas de différences significatives dans la qualité de vie entre les deux groupes.

Les résultats de l'étude CPCRA 064 révèlent le risque considérable qu'entraînent les interruptions de traitement : un risque accru d'infections graves. Environ 40 % des infections survenues chez les sujets au cours de l'étude auraient pu être prévenues à l'aide d'antifongiques efficaces tels que le fluconazole (Diflucan) ou l'itraconazole (Sporanox). Peut-être que les chercheurs qui mèneront à l'avenir des études continues sur les interruptions de traitement intégreront les renseignements tirés de l'étude CPCRA 064, qu'ils

évalueront ces médicaments dans ce contexte et qu'ils en encourageront fortement l'utilisation.

Les résultats d'une autre étude sur les interruptions de traitement—l'étude GIGHAART—diffèrent de ceux de l'étude CPCRA 064. Aux fins de l'étude GIGHAART, 68 sujets ayant des numérations CD4+ très basses (27 cellules) ont été inscrits et ont fait l'objet d'interruptions de traitement plus courtes (deux mois). De plus, après l'interruption, on leur a administré un plus grand nombre de médicaments, habituellement sept, que dans l'étude CPCRA 064. En bout de ligne, les sujets qui ont participé à l'étude GIGHAART et qui ont fait l'objet d'une interruption de traitement ont présenté de plus fortes hausses de leurs numérations CD4+ et de plus fortes baisses de leurs charges virales que les sujets qui n'avaient pas fait l'objet d'une interruption.

Il faut espérer que ces résultats encourageront les chercheurs à discuter des avantages des interruptions de traitement ainsi que de leur rôle dans la maîtrise du VIH résistant aux médicaments. Un essai clinique d'envergure, OPTIMA, porte sur le rôle de l'interruption du traitement dans le cadre d'une thérapie de sauvetage. Cet essai est en cours et est parrainé par le Réseau canadien pour les essais VIH ([www.hivnet.ubc.ca/List1fFrame.html](http://www.hivnet.ubc.ca/List1fFrame.html)).

#### RÉFÉRENCE

Lawrence J, Mayers DL, Hullsiek KH, et al. Structured treatment interruptions in patients with multidrug-resistant HIV. *New England Journal of Medicine* 2003;349:837-846.

## E. Les immunostimulants peuvent-ils retarder le recours à la multithérapie?

Étant donné que le système immunitaire éprouve de la difficulté à maîtriser le VIH, la plupart des PVVIH/sida qui abandonnent la multithérapie subissent une hausse de leurs charges virales et une baisse de leurs numérations CD4+. Dans certains essais cliniques, un nombre restreint de PVVIH/sida échappent à cette tendance, et leurs numérations se maintiennent et leurs charges virales restent relativement faibles, sans que l'on ne comprenne exactement pourquoi. Désireux de mieux comprendre ce phénomène, des chercheurs espèrent trouver des moyens de mobiliser le système immunitaire afin de contenir le VIH. En fin de compte, cela pourrait prendre la forme d'un traitement au moyen d'un messenger chimique produit par le système immunitaire—une cytokine. Des chercheurs en Italie pourraient bien avoir découvert une telle cytokine.

### Détails de l'étude

Les chercheurs ont recruté 25 sujets (13 femmes et 12 hommes) qui suivaient tous une multithérapie

depuis au moins deux ans. Tous présentaient des numérations CD4+ relativement élevées (plus de 500 cellules) et des charges virales très faibles (moins de 50 copies) depuis 12 mois. Une fois inscrits à l'étude, les sujets ont interrompu leur thérapie pendant au moins un mois, jusqu'à ce que leur charge virale s'élève pour dépasser le point repère de 30 000 copies et/ou que leur numération CD4+ diminue à moins de 350 cellules.

### Résultats

Seulement sept sujets (quatre femmes, trois hommes) ont pu poursuivre leur interruption pendant quatre mois. Les chercheurs ont dit de ces sujets qu'ils étaient des répondants. Fait intéressant, seulement quatre des sept répondants ont pu continuer leur interruption de traitement pendant au moins un an (l'étude est encore en cours).

Les chercheurs ont analysé de nombreux facteurs qui pourraient fournir des indices permettant d'expliquer pourquoi sept sujets ont pu poursuivre leur interruption de traitement. Les facteurs suivants n'ont pas joué un rôle considérable dans cette analyse :

- âge
- sexe
- charge virale avant la thérapie
- numérations CD4+ ou CD8+

Cependant, les chercheurs ont constaté que les répondants étaient plus susceptibles, de façon significative, d'avoir des taux élevés de cytokine IL-15 (interleukine-15) pendant toute l'étude.

En éprouvette, l'IL-15 peut contribuer à améliorer le rendement des cellules CD8+, peut-être en accroissant leur capacité de lutter contre le VIH. Le lien entre une hausse retardée de la charge virale et l'IL-15 constitue un fait nouveau et intéressant. Toutefois, il faudra premièrement pousser les recherches afin de confirmer ce qui se passe dans le cas d'autres sujets qui font l'objet d'une interruption du traitement dans les différents centres de recherche. Deuxièmement, si les taux élevés d'IL-15 sont liés à une faible charge virale pendant l'interruption du traitement, les chercheurs devront déterminer si c'est l'IL-15 qui cause ces faibles charges virales. Si tel était le cas, il y aurait peut-être lieu de soumettre l'IL-15 à des essais cliniques à titre de thérapie potentielle pour aider les PVVIH/sida qui souhaitent interrompre leur thérapie et conserver leur santé.

#### RÉFÉRENCE

Amicosante M, Poccia F, Gioia C, et al. Levels of interleukin-15 in plasma may predict a favourable outcome of structured treatment interruption in patients with chronic human immunodeficiency virus infection. *Journal of Infectious Diseases* 2003;188(5):661-665.

### Déni de responsabilité

Toute décision concernant un traitement médical particulier devrait toujours se prendre en consultation avec un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) qui a une expérience des maladies liées au VIH et des traitements en question.

Le Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE) fournit, de bonne foi, des ressources d'information aux personnes vivant avec le VIH/sida qui, en collaboration avec leurs prestataires de soins, désirent prendre en mains leurs soins de santé. Les renseignements produits ou diffusés par CATIE ne doivent toutefois pas être considérés comme des conseils médicaux. Nous ne recommandons ni appuyons aucun traitement en particulier et nous encourageons nos clients à consulter autant de ressources que possible. Nous encourageons vivement nos clients à consulter un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) avant de prendre toute décision d'ordre médical ou d'utiliser un traitement, quel qu'il soit.

Nous ne pouvons garantir l'exactitude ou l'intégralité des renseignements publiés ou diffusés par CATIE, ni de ceux auxquels CATIE permet l'accès. Toute personne mettant en application ces renseignements le fait à ses propres risques. Ni CATIE ni Santé Canada — ni leurs personnels, directeurs, agents ou bénévoles — n'assume aucune responsabilité des dommages susceptibles de résulter de l'usage de ces renseignements. Les opinions exprimées dans le présent document ou dans tout document publié ou diffusé par CATIE, ou auquel CATIE permet l'accès, sont celles des auteurs et ne reflètent pas les politiques ou les opinions de CATIE ou les points de vue officiels de Santé Canada.

### La reproduction de ce document

Ce document est protégé par le droit d'auteur. Il peut être réimprimé et distribué à des fins non commerciales sans permission, mais toute modification de son contenu doit être autorisée. Le message suivant doit apparaître sur toute réimpression de ce document : *Ces renseignements ont été fournis par le Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE). Pour plus d'information, appelez CATIE au 1.800.263.1638.*

### L'équipe

<i>Auteur</i>	Sean Hosein
<i>Révision</i>	RonniLyn Pustil
<i>Aide à la recherche</i>	Tim Rogers
<i>Traduction</i>	François Gagnon

© CATIE, vol. 15, n° 5,  
août/septembre 2003



Financé par Santé Canada  
dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida.

### Que fait CATIE ?

CATIE aide les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida) à faire des choix éclairés en matière de soins de santé, à optimiser leur qualité de vie, à prévenir la progression de la maladie et les infections opportunistes et à réduire l'impact des effets secondaires. CATIE fournit de l'information par le biais d'un site Web complet, d'un service téléphonique bilingue sans frais, de publications électroniques et imprimées, d'une bibliothèque nationale de référence et d'ateliers tenus dans le cadre de conférences partout au Canada.

### Les autres publications de CATIE

**Un guide pratique de la multithérapie anti-rétrovirale** – Cet ouvrage présente les dernières connaissances en matière de traitement, ainsi qu'une description du virus et du système immunitaire, des stades de l'infection au VIH, des tests utilisés pour évaluer l'état de santé et des médicaments anti-VIH.

**Un guide pratique des effets secondaires des médicaments anti-VIH** – Cet ouvrage fait le point sur les effets secondaires des traitements. En plus de décrire une gamme de problèmes allant de la perte de l'appétit aux troubles sexuels, le guide offre des conseils pour combattre et prévenir les effets secondaires.

*Également dans la série de guides pratiques :*

- Un guide pratique de la nutrition
- Un guide pratique des thérapies complémentaires
- Un guide pratique des plantes médicinales

### Feuillets d'information et suppléments alimentaires

Ces documents offrent un aperçu concis des affections, des symptômes, des médicaments, des effets secondaires, des thérapies complémentaires, des vitamines et des plantes médicinales, entres autres.

**Le traitement du VIH, tout simplement et en détail** – Renseignements de base sur les traitements.

**Vous et votre santé, édition 1999** – S'adressant à tous les Canadiens et Canadiennes vivant avec le VIH/sida, ce manuel aborde de façon exhaustive les questions sociales, juridiques, sanitaires et pratiques soulevées par l'infection au VIH.

**Vision positive** – Santé holistique, informations et perspectives à l'intention des PVVIH/sida.

**pré\*fix** – Un guide sur la réduction des méfaits à l'intention des consommateurs de drogues séropositifs.

### Communiquez avec nous

par courrier électronique : [info@catie.ca](mailto:info@catie.ca)  
via le Web : <http://www.catie.ca>  
par téléphone : 416.203.7122  
(sans frais) 1.800.263.1638  
par télécopieur : 416.203.8284  
par la poste : 555, rue Richmond Ouest,  
bureau 505, case 1104  
Toronto (Ontario) M5V 3B1  
Canada