

# Plaidoyer pour un traitement antirétroviral précoce

**Véronique Joly**  
service des maladies infectieuses et tropicales,  
hôpital Bichat-Claude Bernard (Paris)

Le moment idéal pour débiter le traitement antirétroviral chez les patients asymptomatiques reste une question débattue, l'alternative étant la suivante : un traitement très précoce qui comporte un risque de majoration de la toxicité, et un traitement différé, moins toxique mais ouvrant la porte aux complications de l'immunodépression. Les recommandations reposent sur des données observationnelles, aucune étude prospective randomisée avec des critères d'évaluation clinique n'étant envisageable. Ces recommandations sont de traiter tous les patients asymptomatiques qui ont des  $CD4 < 200/mm^3$ , de ne pas traiter les patients asymptomatiques ayant plus de  $350 CD4/mm^3$  et de considérer le traitement antirétroviral quand les  $CD4$  sont compris entre 200 et  $350/mm^3$ , en particulier si la charge virale est élevée ou si la diminution des  $CD4$  est rapide. Néanmoins, c'est dans ce dernier groupe de patients que l'indication du traitement est la plus discutée et les résultats des différentes études publiées sont parfois discordants.

L'approche de Cunlin Wang et coll. dans *JID* est nouvelle et intéressante. Cependant, cette étude souffre d'un certain nombre de limites : absence de randomisation entre traitement précoce et traitement différé, rendant l'interprétation du devenir des patients tributaire d'un certain nombre de biais, absence d'informations sur le mode de vie des patients et sur l'ancienneté de l'infection par le VIH, existence d'une mortalité non liée au VIH élevée, avec en particulier une incidence différente de la mortalité par overdose dans les différents groupes.

Il faut cependant noter qu'un certain nombre de décès, bien que classés comme non reliés au VIH, sont rapportés à une infection bactérienne ou virale, et que le traitement par HAART

réduit la mortalité liée à ces infections par rapport à celle observée dans les autres groupes.

Malgré ses limites, qui sont celles de toute étude de cohorte, cette étude représente une contribution importante dans le débat sur la question de l'initiation du traitement antirétroviral. Certaines études menées précédemment semblent en accord avec ces conclusions. Dans la cohorte suisse, la progression clinique à 2 ans de suivi est moindre chez les patients ayant débuté leur traitement avec des  $CD4 > 350/mm^3$  que chez les sujets ayant débuté plus tardivement. Dans l'étude HOPS (HIV Outpatient Study), les patients ayant débuté avec des  $CD4$  compris entre 200 et  $350/mm^3$  ont un taux de mortalité plus faible que ceux ayant débuté alors que les  $CD4$  sont  $< 200/mm^3$  à 4 ans de suivi.

Inversement, d'autres travaux ont montré que le pronostic dépendait surtout de la réponse virologique et immunologique à 6 mois de traitement, indépendamment des valeurs avant traitement.

En attendant d'autres données, il semble raisonnable de proposer un traitement antirétroviral aux patients asymptomatiques ayant des  $CD4 < 350/mm^3$  – à l'exception de ceux qui ont un taux de  $CD4$  extrêmement stable (décroissance  $< 50$  cellules/an). Des études menées à plus long terme sont également nécessaires pour évaluer l'influence du traitement antirétroviral sur la fréquence de survenue de néoplasies et de lymphomes qu'une immunodépression modérée mais prolongée est susceptible d'augmenter. - **Véronique Joly**