

48 semaines avait le même effet antirétroviral que le PI nelfinavir (NFV, Viracept®) sur des patients n'ayant suivi aucun traitement préalable. L'ATV provoquait toutefois moins de diarrhée et moins d'effets secondaires sur le métabolisme lipidique – un avantage par rapport au nelfinavir – et à d'autres PI vraisemblablement.

Une autre étude avait porté sur la comparaison de l'ATV et de l'EFV dans le contexte AZT plus 3TC. Après 48 semaines, tant l'augmentation du nombre de cellules CD4 que la baisse de la charge virale était comparable pour les deux substances.

Sur des patients en échec thérapeutique, une étude a mis en évidence la supériorité du LPV/r (lopinavir renforcé au ritonavir, Kaletra®) sur l'ATV non renforcé. Une autre étude a comparé quant à elle l'ATV/r, atazanavir 300mg/d renforcé au ritonavir 100mg/d, avec le LPV/r. Un effet analogue a été relevé sur le collectif examiné.

L'atazanavir a l'inconvénient de colorer en jaune la sclère ou l'épiderme de certaines personnes et de nuire éventuellement au sentiment de bien-être par suite de cette stigmatisation.

aer/mf

pour une hépatite C sans co-infection à VIH. Autre inconvénient à cet égard: l'absence de paramètres prédictifs ❷. Trois grandes études sur le traitement de la co-infection à VIH/VHC ont été présentées aux spécialistes en février dernier. La publication des résultats permet désormais la définition d'un traitement combiné sur la base de données scientifiquement fondées, de même qu'une absence de réussite après trois mois de traitement est prédictive de l'échec d'un traitement d'un an, de sorte que le traitement peut déjà s'interrompre après trois mois.

Non traitée, l'hépatite C, qui se transmet principalement par le sang, devient chronique dans 55 à 85% des cas. L'infection chronique à VHC est devenue, aux Etats-Unis et dans d'autres pays industrialisés, une des principales causes des affections avec cirrhose terminale (40%), cancer du foie (60%); elle est à l'origine de quelque 30% des transplantations de foie. La réussite du traitement SVR (sustained viral response) dépend en premier lieu du génotype de VHC responsable de l'hépatite. Elle est définie comme telle lorsque la charge virale de VHC n'est pas décelable six mois après la fin du traitement et constitue une véritable guérison. Le génotype 1 est le plus difficile à traiter.

Un bon tiers des personnes séropositives en Suisse, et dans le monde entier, souffrent aussi d'une infection à VHC. Le génotype I est le plus répandu en Suisse. Les infections à VIH et à VHC semblent avoir une influence réciproque négative. Par rapport à la seule infection à VIH, la co-infection HIV/HCV limite la remontée de la valeur

Découvertes étayées sur le traitement de la co-infection à VIH/VHC ❶

Le traitement de l'hépatite C chez les personnes séropositives est entravé par l'interaction défavorable entre les deux infections. En l'absence d'études d'ampleur sur des personnes présentant une co-infection à VIH/VHC, le traitement s'effectuait comme

❶ VHC signifie virus de l'hépatite C.

❷ Les paramètres prédictifs sont des relevés – précoces dans le meilleur des cas – qui permettent de prédire d'une certaine manière la réussite ou non d'un traitement.

Centres de traitement anti-VIH en Suisse	
Basel	Medizinische Poliklinik, Kantonsspital, 4031 Basel, Tel. 061 265 50 05
Bern	HIV-Sprechstunde, Medizinische Poliklinik, Inselspital, 3010 Bern, Tel. 031 632 25 25
Genève	Division des Maladies Infectieuses, HCUG, 1211 Genève, tél. 022 372 96 17
Lausanne	Division des Maladies Infectieuses, CHUV, 1011 Lausanne, tél. 021 314 10 23
Lugano	Ambulatorio di malattia infettiva, Ospedale Civico, 6900 Lugano, tel. 091 805 60 21
St. Gallen	Infektiologische Sprechstunde, Kantonsspital, 9007 St. Gallen, Tel. 071 494 10 28
Zürich	Abteilung Infektionskrankheiten und Spitalhygiene, Universitätsspital, 8091 Zürich, Tel. 01 255 33 22, Zentrum für Infektionskrankheiten, Klinik Im Park, Bellariastrasse 38, 8038 Zürich, Tel. 01 209 20 60

CD4 sous traitement antirétroviral, accélère l'aggravation d'une hépatite C chronique et accroît de 2 à 6 fois le risque de cirrhose et de déficience hépatique par rapport à la seule infection à VHC. Une immunodéficiences prononcée (moins de 200 cellules CD4/ μ l) favorise le développement d'une fibrose. A l'ère de la trithérapie, peu de personnes meurent encore de l'infection à VIH dans les pays industrialisés; parmi elles, la déficience hépatique par suite d'infection à VHC est devenue une des principales causes de décès.

Lorsque l'infection à VIH est stable sans immunodéficiences marquée (CD4 > 200/ μ l), les mêmes indications et contre-indications sont valables en Suisse que pour les malades de l'hépatite C non séropositifs.

Conclusion

Même en présence d'une co-infection VIH/VHC, le meilleur traitement du VHC en ce moment est à base d'interféron pégylé (voir Remarque 1) et de ribavirine.

La combinaison peg-interféron/ribavirine n'entrave pas l'efficacité virologique de la thérapie antirétrovirale. Le peg-interféron/ribavirine a un impact moindre contre le VHC sur les personnes présentant une co-infection VIH-VHC que sur les patients séronégatifs.

Une SVR ne peut s'attendre que chez 27 à 40% des personnes présentant une co-infection VIH/VHC après 48 semaines de traitement, et correspond à 50–75% environ des taux de réaction attendus chez les personnes souffrantes de l'hépatite C, mais séronégatives.

Comme pour les patients séronégatifs présentant une hépatite chronique CV, la probabilité d'une réussite thérapeutique pour les patients présentant une co-infection VIH/VHC dépend en premier lieu du génotype VHC. Génotype 1: probabilité de SVR, 14–29%; génotypes 2 et 3, 43–73%. Le degré de fibrose hépatique et le statut immunologique ne jouent aucun rôle.

Le résultat thérapeutique après trois mois est prédictif: l'absence d'une baisse de 100 fois de l'ARN-VHC (concentration de l'acide ribonucléinique du VHC) exclut presque à coup sûr une SVR. *aer/mf*

Remarque 1

Péglylation

Par péglylation, on entend l'arrimage de chaînes dites PEG (Polyéthylène Glycol) à la molécule alpha de l'interféron. La péglylation a pour but de maintenir plus longtemps élevé et stable le niveau alpha d'interféron dans l'organisme. L'impact du traitement à l'interféron est renforcé, et l'interféron pégylé ne doit plus être injecté qu'une fois par semaine.