



Sida : une lutte qui mute avec le virus

Les stratégies thérapeutiques de lutte contre le VIH doivent anticiper et s'adapter aux risques de survenue de résistance de ce virus en cas de suivi biologique insuffisant. C'est un des sujets qui sera abordé lors de la neuvième conférence scientifique sur le VIH (IAS 2017), du 23 au 26 juillet à Paris.

Le monde compte aujourd'hui 36 millions de porteurs du virus du VIH. Tous les ans, un million de personnes en meurent et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) déplore dans le même temps 2 millions de nouveaux cas. Le Sida n'est pas une affaire réglée. Mais la lutte avance. Si bien que l'Onusida a adopté l'an dernier un objectif à 2020 baptisé « triple 90 ». 90 % des personnes vivant avec le VIH doivent savoir qu'elles sont atteintes, 90 % des patients doivent bénéficier d'un traitement antirétroviral et 90 % des patients traités doivent avoir une charge virale indétectable, statut qui réduit quasiment à zéro le risque de transmission par voie sexuelle ou par relation entre mère et enfant. « La situation actuelle, c'est 60 à 65 % de personnes dépistées, 50 % sous traitement et 40 % sous charge virale indétectable et seulement pour ceux qui sont encore suivis, car il y a de très nombreuses personnes qui sont perdues de vue une fois mises

sous traitement, expose Eric Delaporte (IRD, Université de Montpellier). *On ne sait pas ce que sont devenus ces « perdus de vue ». Sont-ils morts ? Ou bien simplement trop loin d'un dispensaire ? Ce qui est sûr, c'est qu'on ne sait rien de leur charge virale ».*

Les trithérapies rendent le « trois fois 90 » atteignable. Les lourdes médications des années 90 ont fait place à des traitements réduits à un cachet par jour. La mesure de la charge virale permet d'éviter la survenue de résistance par une reprise de l'observance ou l'adaptation du traitement, si celle-ci devient détectable. « Le problème est que la surveillance de la charge virale reste peu disponible dans les pays du Sud, poursuit Eric Delaporte. Le diagnostic de l'échec est alors fait tardivement, avec pour conséquence le développement de souches résistantes ». De plus, ces souches résistantes peuvent se transmettre, si bien que des malades risquent de recevoir un traitement d'emblée inefficace. De nouvelles molécules pouvant s'opposer aux résistances du virus constituent une solution. Mais il est difficile d'obtenir les médicaments les plus récents pour les pays en voie de développement, là où pourtant ils sont les plus nécessaires pour éradiquer le virus. Il faut donc, derrière une « première ligne »



Affiches de prévention, Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun.

thérapeutique ayant échoué, avoir accès à une « deuxième ligne ». Mais ces traitements de deuxième ligne sont lourds et chers. Il faut donc trouver des schémas plus simples. L'équipe d'Eric Delaporte vient d'apporter une réponse à ce délicat problème. Le laboratoire TransVIHMI (IRD/Inserm/Université de Montpellier), en partenariat avec les sites ANRS du Cameroun, du Burkina Faso et du Sénégal, a mené l'essai ANRS MOBIDIP, sur 265 patients de ces trois pays présentant de multiples mutations du VIH après un échec à un traitement de première ligne. Les résultats que la prestigieuse revue scientifique *The Lancet HIV* vient de publier sont prometteurs. « Un traitement de maintenance avec une bithérapie a montré une très bonne efficacité avec un coût moindre et une tolérance améliorée que la classique trithérapie » se réjouit Eric Delaporte. Cette nouvelle stratégie simple et efficace pourrait être un outil pour contribuer à l'objectif des 90 % de charge virale indétectable.



Analyse d'échantillons sanguins, laboratoire de dépistage de l'infection VIH, Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun.

L'IRD s'engage pour un futur durable, à travers plusieurs programmes de recherche internationaux.

Sciences et Avenir vous les fait découvrir.

Troisième volet d'une série de 6 rencontres.