

Leserbriefe

Réplique

Cher Monsieur, nous partageons votre avis sur ce point: les résultats des études cliniques, même conduites selon les meilleures règles méthodologiques, doivent être validés dans notre pratique. Est-ce que les patients qui ont été inclus sont bien des patients identiques à ceux que nous traitons en routine clinique?

Ce n'est seulement qu'à cette condition que nous pouvons traduire les résultats des études dans notre pratique quotidienne. Ceci est d'autant plus important lorsque les résultats de ces études conduisent à l'établissement de nouvelles directives.

Nous croyons toutefois que les résultats des études que nous avons présenté dans notre commentaire, notamment celle de l'étude START, conduite en partie en Suisse, justifie pleinement l'instauration d'une trithérapie antirétrovirale précoce.

Vous contestez que la notion de traitement antirétroviral comme prévention soit univer-

selle; l'analyse par site de l'étude de Cohen et al. publiée en 2011 [1] aurait mis en évidence des résultats hétérogènes selon les sites. Les analyses de sous-groupes sont toutefois toujours délicates à analyser, surtout après publication des résultats principaux, en raison du manque de puissance statistique nécessaire. Depuis d'apparition de notre article, le *New England Journal of Medicine* a d'ailleurs publié le suivi à 5 ans de la même étude, «HPTN 052 Study» [2]; après un suivi des couples de 8509 personnes/année, la prescription précoce de trithérapie était associée à une baisse de risque de 93% des infections VIH liées en comparaison avec la prescription retardée de la trithérapie. D'ailleurs, aucune infection VIH génétiquement liée n'a été observée lorsque l'infection VIH de partenaire infecté était traitée efficacement avec une virémie indétectable. Très récemment également, l'étude PARTNER [3], publiée après la parution de notre article, permet de contourner les limitations de l'étude HPTN 052: ainsi, la population masculine rapportant des pratiques homosexuelles masculine MSM est incluse, et les individus ne sont éligibles que s'ils rapportent des sexuelles sans usage de préservatifs avec un partenaire séropositif pour le VIH. Dans cette étude, sur environ 40 000 actes sexuels non protégés, aucune séroconversion c'est rapportée. Nous pouvons donc conclure, avec un haut degré de certitude, que l'initiation précoce de la

trithérapie diminue de façon prolongée et statistiquement significative le taux d'infections VIH chez les partenaires sexuels.

Si l'impact de la trithérapie en temps prévention ne fait guère de doute actuellement, il est parfaitement légitime de s'interroger sur le bénéfice individuel de traiter précocement les patients, quel que soit leur taux de CD4.

Votre lecteur met en évidence une réduction d'événements infectieux importants, surtout dans les pays à haute prévalence de la tuberculose. Toutefois dans des pays où la tuberculose n'est pas un problème de santé publique, l'effet préventif de la trithérapie s'est manifesté également chez les patients avec des CD4 élevés (>500/mm³), notamment pour la réduction d'événements liés au SIDA (sarcome de Kaposi, lymphomes).

Il est également important de constater qu'il n'y a pas de maléfice, donc pas d'augmentation des effets secondaires graves, lors de l'initiation d'un traitement précoce avec l'utilisation des nouvelles thérapies antirétrovirales. On aimerait citer ici l'arrivée sur le marché de molécules bien tolérées, efficaces, aux prises simples, rendant le traitement antirétroviral moins complexe et pour l'initiation et pour le suivi. Une grande partie du coût du suivi des patients séropositifs pour le VIH est liée au prix des médicaments actuels. On peut espérer que le prix de la prise en charge médicale va diminuer ces prochaines années, d'une part en raison de l'apparition de

médicaments génériques sur le marché suisse, mais également avec des schémas de traitements simplifiés comprenant deux, voir un seul médicament en traitement de maintenance.

Il est cependant clair que si l'offre d'une thérapie antirétrovirale précoce est importante, il s'agit d'une décision partagée entre le soignant et le patient. Aucune thérapie ne peut être débütée sans consentement et la compréhension pleine et entière de ses implications par le patient.

En espérant avoir répondu aux différentes remarques, je vous adresse, Monsieur, mes meilleures salutations.

Pre Alexandra Calmy

Références

- 1 Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* 2011;365(6):493–505.
- 2 Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. *N Engl J Med.* 2016;375(9):830–9.
- 3 Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al., PARTNER Study Group. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA.* 2016;316(2):171–81.