

## L'avenir des traitements anti-VIH

*suite de la page 1*

récepteurs présents sur la surface des CD4, de sorte que le VIH ne peut s'attacher et se fusionner à la cellule. Contrairement aux médicaments anti-VIH qui agissent à l'intérieur des CD4 en ciblant des enzymes virales nécessaires à la réplication du virus, les inhibiteurs de l'entrée agissent en bloquant le VIH avant qu'il puisse entrer dans la cellule CD4 et lancer son processus de réplication.

Les inhibiteurs de l'entrée qui sont le plus près de passer au stade des essais cliniques d'envergure sont le TNX-355, qui cible les récepteurs CD4, le GW 873140 et le SCH-D, lesquels ciblent les récepteurs CCR5. On dispose de données d'innocuité et d'efficacité favorables sur chacun de ces agents.

Les chercheurs s'inquiètent de la possibilité que l'utilisation prolongée des inhibiteurs du récepteur CCR5 (virus R5) donne lieu à l'émergence de virus plus puissants qui aient recours au récepteur CXCR4 (virus X4) pour entrer dans les cellules CD4. De nouveaux agents novateurs sont donc nécessaires.

Des données qui démontrent le bien-fondé de la conception

d'un inhibiteur de l'attachement novateur administré par voie orale, une nouvelle famille d'antirétroviraux potentielle, ont également été dévoilées à la conférence. Le BMS-488043 est une petite molécule qui se lie à la gp120, enveloppe protéique du VIH, pour empêcher le VIH de s'attacher au récepteur CD4.

À mesure que se poursuit l'évaluation des nouvelles approches thérapeutiques visant à prévenir l'entrée du VIH dans les cellules CD4, l'optimisme s'accroît quant à la possibilité que de nouveaux traitements efficaces et non toxiques puissent changer la façon dont le VIH est traité. Il est essentiel que ces études se poursuivent et que les prix soient raisonnables afin que toutes les personnes ayant le VIH-sida puissent y avoir accès rapidement. Le CCSAT continuera de surveiller la mise au point des médicaments, ainsi que la question des prix et de l'accès au Canada. ■

*Adapté d'un article publié originalement dans Living +, numéro 30, mai/juin 2004, une publication de la BC Persons With AIDS Society, [www.bcpwa.org](http://www.bcpwa.org)*

---

# Il faut des traitements pour l'hépatite C *maintenant!*

*par Paula Braitstein*

**À MESURE QUE LES PERSONNES AYANT** le VIH-sida vivent plus longtemps avec leur infection, de nouveaux problèmes voient le jour, y compris les effets secondaires des antirétroviraux et les co-infections. La co-infection au virus de l'hépatite B ou C est un grand problème pour les personnes vivant avec le VIH en raison des modes de transmission communs de ces virus. De fait, environ 30 % des personnes séropositives sont co-infectées par l'hépatite C, et la quasi-totalité des personnes ayant contracté le VIH par injection de drogues est également infectée par l'hépatite C. Il en est de même pour presque toutes les personnes ayant reçu des produits sanguins contaminés. On estime qu'environ 1 % de la population canadienne vit avec le virus de l'hépatite C, soit entre 250 000 et 300 000 personnes. Il s'agit donc d'un grand problème.

Malheureusement, on peut en dire autant de l'accessibilité des traitements anti-hépatite dans presque tout le Canada.



Le traitement anti-hépatite n'est pas facile à suivre – la combinaison de l'interféron pegylé et de la ribavirine a des toxicités importantes qui provoquent les symptômes d'une mauvaise grippe jusqu'à la fin du traitement. Souvent, les glandes salivaires s'assèchent au point de provoquer des douleurs buccales et l'affaiblissement du sens du goût. Le pire doit être la dépression et les tendances suicidaires qui constituent des réactions biologiques aux médicaments.

La bonne nouvelle, cependant, est que le traitement anti-hépatite réussit à éliminer le virus chez beaucoup de gens, ce qui équivaut essentiellement à une cure. Et le traitement ne dure pas toute la vie. Voilà deux différences importantes comparativement aux traitements contre le VIH. La mauvaise nouvelle : le traitement anti-hépatite actuel n'agit pas aussi bien chez les personnes ayant

*suite à la page suivante*

## Il faut des traitements pour l'hépatite C *maintenant!*

*suite de la page 2*

le VIH que chez les personnes séronégatives. Dans l'ensemble, environ 40 % des personnes ayant le VIH auront une réponse virologique soutenue, comparativement à 55 % chez les personnes séronégatives.

La question des génotypes de l'hépatite C revêt une grande importance pour la probabilité de succès du traitement. Si 80 % des personnes séronégatives porteuses des génotypes 2 ou 3 peuvent s'attendre à l'élimination du virus, seulement 60 % des personnes séropositives ayant les mêmes génotypes connaîtront un tel succès. Quant au génotype 1, le plus prédominant en Amérique du Nord, y compris chez les personnes ayant le VIH, il est éliminé chez 45 % des personnes séronégatives, comparativement à moins de 30 % des personnes co-infectées par le VIH et porteuses du génotype 1.

Presque toutes les provinces canadiennes imposent des restrictions considérables sur l'accès au traitement anti-hépatite. Ces restrictions portent autant sur l'admissibilité des patients que sur la durée de traitement permise.

De façon générale, les personnes ayant les génotypes 2 ou 3 reçoivent automatiquement un maximum de 24 semaines de traitement une fois leur admissibilité acquise. Les personnes ayant les génotypes 1 ou 4 peuvent obtenir un maximum de 48 semaines de traitement, mais la loi exige la preuve d'une chute de 2 logs de l'ARN VHC (charge virale en VHC) à la 12<sup>e</sup> semaine dans presque tous les endroits. Si le patient n'atteint pas ce trésor, le traitement est arrêté. Cela revêt une pertinence particulière pour les personnes vivant avec le VIH-sida : de plus en plus de preuves laissent entendre que la clairance virale se produit plus lentement chez les personnes ayant le VIH au début du traitement. Ainsi, une chute de 2 logs est bien possible, mais elle pourrait prendre plus de 12 semaines.

Pour accéder au traitement, plusieurs provinces exigent deux résultats élevés au test de la fonction hépatique (principalement l'ALT) à deux occasions distinctes sur une période de six mois. On dirait que les bureaucrates qui prennent ces décisions font fi de deux faits essentiels : 25 % des personnes atteintes de cirrhose ont un taux d'ALT normal; le taux d'ALT est un très mauvais prédicteur de l'évolution histologique des maladies du foie.

Pour les Ontariens et Ontariennes ayant le génotype 1, il paraît qu'on doit prouver, par biopsie, la présence d'une fibrose modérée (cicatrisation du foie). Tant pis pour les gens de l'Ontario que le traitement contre l'hépatite C agisse le mieux avant que la fibrose commence.

La Colombie-Britannique mérite le prix du critère le plus

stupide : il faut ne pas avoir pris de traitement. Oublions le fait que les gens ont été obligés de prendre Rebetron parce que la province a tant tardé à octroyer une autorisation spéciale pour couvrir la combinaison interféron pegylé

et ribavirine. Oublions le fait que Rebetron et Pegetron ont le même coût. Oublions le fait que les patients qui rechutent sous d'autres traitements ont une possibilité de succès d'au moins 35 %. Oublions le fait que les gens qui n'ont pas répondu à l'interféron en monothérapie ont une possibilité de succès de 35 %. Si votre mauvais jugement vous a incité à soigner votre hépatite avant, vous en paierez le prix maintenant.

Ensuite vient la question de la charge virale en VHC – c'est quoi cette connerie-là ? ! Les gens ne meurent pas d'une charge virale décelable en VHC. Ils meurent d'une maladie hépatique de stade terminal comme la fibrose ou la cirrhose. En bout de ligne, la question consiste à savoir si le traitement va stabiliser ou améliorer l'histologie hépatique (p. ex., cicatrisation du foie). De plus en plus, il paraît que la réponse est oui, même en l'absence d'une réponse virologique complète. Le grand essai HALT-C, un examen du traitement d'entretien, ne fournira pas de réponse avant plusieurs années. Espérons que les personnes atteintes d'hépatite C seront là pour profiter des résultats. Comme l'hépatite C progresse 2 à 3 fois plus vite chez les personnes co-infectées, elles ont moins de temps pour attendre.

On dirait que le *modus operandi* du gouvernement réside dans l'approche « Just Say No », alors qu'il faut une approche affirmative. En plus des questions déjà mentionnées, nous devons parler et agir au sujet de celle-ci : comment peut-on améliorer l'accès aux traitements et l'efficacité de ces derniers ? Il s'agit de fournir des traitements contre les effets secondaires, y compris le facteur de croissance érythropoéïtine et les antidépresseurs. Il s'agit de fournir un suivi psychiatrique régulier, d'organiser des groupes d'entraide et d'instaurer des cliniques qui soignent le VIH, le VHC et tous les autres problèmes de santé de façon holistique et multidisciplinaire. Je me demande combien de personnes mourront parce qu'ils n'ont pas accès à ces choses ? Ou parce qu'elles ne répondent pas aux critères ? ■

*Un grand merci à Ken Thomson, à Michelle Marchione, à Ken Monteith, à Patrick Hooley et à Richard Neron pour leurs contributions précieuses à cet article.*

On estime qu'environ  
**1 %** de la population  
canadienne vit avec le  
virus de l'hépatite C, soit  
entre **250,000** et  
**300,000** personnes.