

## C.76. Point de vue sur le 17° ISHEID Marseille (23-25 Mai 2012)

Written by Dr. Adrien Caprani

Tuesday, 17 July 2012 08:48 - Last Updated Tuesday, 17 July 2012 08:59

---

There are no translations available.

Ce congrès international s'est tenu à Marseille pour la deuxième fois depuis sa création. Il a rassemblé plus d'un millier de participants cliniciens pour beaucoup mais aussi de nombreux chercheurs faisant de la recherche fondamentale. Une soixantaine de communications orales et 150 communications Poster ont été présentées. Malheureusement de nombreux Posters n'étaient pas affichés et quelques conférenciers programmés tel le Professeur Gallo étaient absents. Des symposiums ont également été organisés par la plupart des firmes pharmaceutiques qui sponsorisaient la conférence. De très nombreux résultats originaux, certains porteurs d'espoir ont été présentés. Aucune recherche non orthodoxe n'a été retenue dans cette conférence, qui comme toutes les autres conférences sont de plus en plus verrouillées par les lobbys pharmaceutiques. Notre association est néanmoins parvenue à faire accepter deux communications, sous forme Poster, sur six abstracts soumis, travaux qui vont à l'encontre des intérêts financiers de l'industrie pharmaceutique. La présentation de nos Posters a cependant été perturbée avec la disparition, à deux reprises des copies des Posters laissés au pied des panneaux. Il s'agit de comportements inadmissibles et indignes dans une réunion scientifique !

L'ensemble des abstracts étant publiés dans la revue *Retrovirology* et en ligne sur <http://www.retrovirology.com/supplements/full/1742-4690-9-S1.pdf>, nous nous focaliserons dans ce point de vue que sur quelques résultats qui ont attirés notre attention.

La prophylaxie pré-exposition(PreP), imaginée et défendue par les lobbys pharmaceutiques, par quelques associations et même par l'ANRS ! qui avec l'argent public organise un essai, a fait l'objet de quelques présentations orales et Poster, qui n'ont pas eu de contradicteurs ! Pourtant, cette prophylaxie coûteuse, toxique(TRUVADA), et non éthique car faite au détriment des séropositifs privés de traitement antiviral (c'est le cas des trois quart des séropositifs dans le monde) risque fort d'être inefficace. Il est en effet peu probable que des personnes refusant le préservatif, soient disposées à prendre un antiviral toxique deux heures avant l'acte sexuel, qui est rarement programmé à l'avance, notamment pour les toxicomanes. La seule PreP efficace serait un traitement en continu avec les risques à moyen terme de toxicité et de résistance, avec un coût financier démesuré par rapport au préservatif et injustifiable pour une demande de prise en charge par notre système de protection sociale.

Parmi les approches antivirales non classiques mentionnons les nanoparticules d'argent (Dinesh K. Singh O1) et la cortistatine A, alcaloïde stéroïdien extrait d'une éponge marine (Guillaume Mousseau O11). Les nanoparticules d'argent in vitro, à des concentrations non toxiques, inhibent le HIV-1 en ciblant comme les anticorps neutralisants, les glycoprotéines

gp110 et gp40. Mais contrairement aux anticorps neutralisants qui ne font qu'inhiber l'entrée du virus dans des cellules saines, les nanoparticules d'argent inhibent aussi le virus présent dans les cellules infectées, ce qui constitue une avancée importante. La cortistatine A à des concentrations de 0,7pM à 2,5nM inhibe *in vitro* la trans-activation médiée par TaT du provirus intégré.

Beaucoup de travaux visant à l'éradication ou la guérison ont été présentés, indiquant une volonté forte d'avancer dans cette voie, qui apparait pouvoir être atteinte bien avant la fabrication d'un vaccin efficace, où de nombreux obstacles sont encore présents. La preuve de la faisabilité de guérison a été apportée avec l'exhibition à la tribune du patient berlinois où le virus a été éradiqué grâce au génie génétique [(irradiation suivi d'une greffe de moelle allopathique d'un donneur résistant au HIV-1(absence du corécepteur CCR5)]. La stratégie majeure envisagée aujourd'hui en vue de l'éradication, est la réactivation des cellules infectées quiescentes présentes dans les réservoirs par différents agents tels que des cytokines, des inhibiteurs des histone déacetylases, ou des mitogènes en présence d'un traitement HAART efficace. Cette voie est encore au stade d'études *in vitro* et à la recherche des agents les plus performants et les moins toxiques.

Le débat sur le moment optimal pour démarrer le traitement reste ouvert. Néanmoins il est montré ( Jean-Pierre Roudy, I 15) que traiter très tôt pourrait sur une petite minorité permettre d'arrêter (définitivement ?) le traitement tôt. Il s'agit d'un choix et d'un pari pour le patient, qui s'il n'est pas dans la petite minorité s'engage à prendre sans bénéfice clair un traitement toxique à vie, qui aurait pu être différé de plusieurs années.

Une forte minorité des présentations à cette conférence a été consacrée à l'hépatite C et à la coïnfection HIV-HCV avec quelques avancées concernant de nouveaux antiviraux et nouveaux essais. Il s'agit de traitements lourds, coûteux et pas toujours efficaces, nécessitant en cas d'échec une greffe hépatique, sans garantie de succès. Il est stupéfiant que cette approche n'ait pas été présentée en parallèle avec une autre approche efficace, peu coûteuse et sans effets indésirables de l'hépatite C ou de la coïnfection HIV-HVC, révélant la puissance corruptrice des lobbys pharmaceutiques. Il s'agit de la silymarine, extraite du chardon marie ( Jessica Wagoner et al, Hepatology, [Volume 51, Issue 6](#), pages 1912–1921, June 2010), dont des essais récents ont montré qu'elle était efficace par voie IV (P. Ferenci et al. Antivir. Ther 2011,16,1327-33) chez des patients résistants aux traitements standard ( M. Biermer et al. Gastroenterology 1137,2009,390-391), mais aussi par voie orale sous forme d'un mélange de phosphatidylcholine et de silymarine(Milk Thistle), ce qui multiplie par 10 la biodisponibilité (Reddy K.R.et al. Clin. Trials, 2011,XX,1-11). Enfin il a été observé qu'en monothérapie la silibinine par voie I.V permettait sur un patient coïnfecté d'éradiquer le HCV et de contrôler le HIV (Ferenci P.et al, J Clin Virol. 2010 Oct.;49(2):131-3). De plus, en cas de transplantation hépatique après échec du traitement standard, la silibinine empêche la réinfection (P. Neuhaus

et al. Exp Clin Transplant. 2011 Feb;9(1):1-6, Ferenci P. et al. J Hepatol. 2011 Mar;54(3):591-2; author reply 592-3, Neumann UP et al. J Hepatol. 2010 Jun;52(6):951-2). Notre association est intervenue à plusieurs reprises pour rappeler ces travaux, mais s'est fait couper le micro par les Présidents de session !

Le texte intégral de nos 2 Posters dont les titres suivent se trouvent sur ce site dans la rubrique :nos publications (C.75 et C.77) :

**Use of new targets (D-Mannose receptor, sodium channel voltage dependent) in a new effective, low cost □ HAART. Validation with the presentation of a clinical case. (C.75 sur ce site)**

**CD4/CD8 ratio decrease in AIDS, explained by a molecular mimicry between African HIV-1 Nef and Notch-1: Nef as a target for vaccine and NF-kB inhibitors (salicylate, resveratrol, curcumin, epigallocatechin-3-gallate). (C.77 sur ce site)**

L'un montre, sur un cas clinique que l'on peut dans une trithérapie remplacer deux antiviraux classiques et toxiques par des compléments alimentaires non toxiques. L'autre fournit une clé de la diminution systématique du rapport CD4/CD8 observée au cours de l'infection par le VIH et propose des solutions pour la contrecarrer en utilisant des inhibiteurs de NF-kB, dénués de toute toxicité (salicylate, resveratrol, curcumin,...).

***La présentation de ces travaux a été permise par l'aide accordée par le Laboratoire GILEAD pour le déplacement à cette conférence de 3 membres actifs de notre Association, que nous remercions.***