

Cette conférence mondiale, grande foire commerciale servant les intérêts des lobbys pharmaceutiques, a réuni 18000 participants et donné lieu à environ 2000 présentations orales et posters d'intérêt très disparate. Malheureusement la part de la **recherche clinique** recule systématiquement depuis sa première réunion au profit de la prévention, l'épidémiologie, le social, le juridique et les droits de l'homme.

[Le congrès a rappelé l'engagement](#)

d'atteindre

[l'
objectif 90-90-90](#)

(90% de personnes diagnostiquées, 90% de diagnostiqués traités, 90% avec une charge virale indétectable). Aujourd'hui 17 millions diagnostiqués (moins de 50%), 46% traités et 38% indétectables. Le financement nécessaire pour atteindre l'objectif 90-90-90 culminera à plus de 19 milliards de dollars l'année prochaine, mais chutera ensuite à 18 milliards en 2020.

Les résultats présentés dans les grands médias se sont focalisés, faute de résultats majeurs, sur la PrEP et sur l'absence de contamination en cas de charge virale indétectable, résultats déjà présentés antérieurement. Il est stupéfiant que sur une pléthore de travaux présentés (plus de 1000 études) par des milliers de chercheurs et des sommes colossales investies, aucune n'apporte un début de réponse à l'attente essentielle des patients, à savoir l'éradication du virus ou un vaccin préventif ou thérapeutique efficace. Globalement, tout ce passe comme si l'unique objectif du monde de la recherche piloté par les lobbys pharmaceutiques et leurs alliés politiques nationaux et internationaux était de convaincre le patient HIV de prendre une trithérapie dès l'annonce de sa séropositivité, et de la maintenir à vie, et pour tout individu séronégatif ayant une activité sexuelle, de faire une prophylaxie préexposition (PrEP), à savoir un traitement antiviral allégé (bithérapie) à vie !

Aucune place n'est laissée à la contestation de l'initiation précoce du traitement, aux traitements structurés intermittents, aux traitements allégés et aux traitements complémentaires. On se trouve en face d'un verrouillage total de l'information médicale au seul profit des lobbys pharmaceutiques et de leurs complices aux niveaux des autorités sanitaires nationales et mondiales (OMS et ONUSIDA).

Concernant la PrEP, par la prise de Truvada, son adoption a été significativement associée à la baisse des diagnostics aux Etats-Unis, même si cette prévention reste très marginale (77000 personnes aux USA en 2016 avec diminution au plus de 4,7% de nouveaux cas de séropositivité diagnostiqués dans les états pratiquant le plus cette prévention). Par ailleurs la prise de Truvada à la demande s'est révélée aussi efficace que la prise quotidienne au cours de la première année de l'étude française sur la PrEP

Écrit par Dr Adrien Caprani

Vendredi, 10 Août 2018 16:23 - Mis à jour Vendredi, 31 Août 2018 19:36

Il s'agit

d'une prévention coûteuse avec des effets secondaires inhérents au Truvada. Il est essentiel de rappeler que la PrEP s'accompagne d'une flambée des autres MST (Syphilis

Gonorrhoea, Chlamydia, Lymphogranulome venerum, Human papillomavirus, Herpès simplex virus, Hépatite C)

Il nous paraît regrettable de ne pas faire porter l'effort de prévention sur la seule utilisation du préservatif qui est le moyen le plus sûr, le plus économique et sans risques. Il nous semble que le tapage médiatique autour de la PrEP a pour seule motivation la volonté des lobbys pharmaceutiques d'accroître considérablement sa clientèle (30 millions de patients supplémentaires à traiter).

Concernant les effets indésirables des traitements Alan Go(Abstract/2778) montre que le HIV est associé à une augmentation notable du risque d'insuffisance cardiaque et d'AVC. Dans l'étude présentée, il apparaît que les personnes vivant avec le VIH présentaient un taux d'insuffisance cardiaque ou d'AVC significativement plus élevé que les participants séronégatifs, bien qu'elles aient moins de facteurs de risque cardiovasculaire. Les chercheurs ont conclu que l'insuffisance cardiaque ou l'AVC chez les personnes vivant avec le VIH ne semblait pas liée aux voies de développement de l'artériosclérose, ou développement de plaque dans les artères. Malheureusement, les auteurs se sont refusés à conclure que la seule raison de ces résultats n'est autre que la prise de certains antiviraux pour lesquels des études existent déjà(Abacavir,...)

Une tentative de traitement curatif (Abstract/12977) présentée par Sarah Fidler (étude randomisée RIVER) basée sur la stratégie Kick-and-Kill, c'est-à-dire activation de réservoirs suivi d'un traitement antirétroviral a conduit à un échec. Cet essai enfonce des portes ouvertes. Un échec similaire avait déjà été obtenu en 2005 au Texas avec l'acide valproïque. On peut s'interroger sur la persévérance dans l'échec !

Pour les traitements antirétroviraux, on trouve étonnement une étude établissant qu'une bithérapie au dolutégravir marche bien pour un premier traitement anti-VIH, alors que dès 2005 une monothérapie au dolutégravir est préconisée !

Un essai clinique sur une trithérapie(on peut s'interroger sur les raisons de la persistance de

Écrit par Dr Adrien Caprani

Vendredi, 10 Août 2018 16:23 - Mis à jour Vendredi, 31 Août 2018 19:36

prescriptions de trithérapies aujourd'hui à l'ère des mono ou bithérapies et des simplifications thérapeutiques !) incluant la doravirine, NNRTI, présenté en 2015 à l'IAS de Vancouver. Il s'agit d'une étude multicentrique randomisée en double aveugle portant sur 766 personnes. La trithérapie (doravirine, tenofovir and lamivudine) apparaît aussi efficace que (efavirenz, tenofovir, emtricitabine). On observe un tiers de patients présentant des effets secondaires modérés ou sévères avec abandon de l'essai. Le seul intérêt de cet essai pourrait être la possibilité d'utiliser la doravirine en cas de multiples résistances.

Une information surprenante chez les jeunes adultes et les adolescents ayant été contaminés in utero ou après la naissance a été communiquée. Ces patients ont 13 fois plus de risque de développer un cancer et 9 fois plus de risque de décéder. Le développement du cancer est associé avec l'absence de suppression virale et un faible nadir des cellules CD4, ce qui conduit les chercheurs à suggérer d'instituer au plus tôt un traitement antirétroviral pour réduire le risque.

Une présentation importante , qui n'a pas eu le retentissement auquel on aurait du s'attendre, a concerné le **contrôle de la charge virale après interruption du traitement anti- rétroviral**. Cette présentation regroupe 14 études menées depuis les années 2000. Parmi les patients initiant leur traitement précocement et suivi pendant plus de deux ans, 13% d'entre eux peuvent interrompre leur traitement et maintenir une charge virale inférieure à 400 copies pendant un an et 9 mois et 22% pour au moins 5 ans. Parallèlement le nombre de CD4 ne chute que faiblement(32cellules/mm³/an et 221cellules/mm³/an chez les non contrôleurs)

Dans le cas d'une initiation tardive du traitement et de maintien du traitement antirétroviral pendant 5 ans, le taux de contrôle de la charge virale après interruption n'est que de 4%.

Ref :Namazi G et al. *The Control of HIV after Antiretroviral Medication Pause (CHAMP) study: post-treatment controllers identified from 14 clinical studies.* The Journal of Infectious Diseases, <https://doi.org/10.1093/infdis/jiy479> . August 2018

Ces résultats devraient inciter les praticiens à interrompre le traitement antirétroviral après 2 ou 5 ans pour déterminer les patients contrôleurs et non contrôleurs et selon les cas prévoir des traitements interrompus structurés ou une abstention thérapeutique . Une telle option conduirait à une réduction des effets indésirables des antiviraux et à une diminution des coûts.

Écrit par Dr Adrien Caprani

Vendredi, 10 Août 2018 16:23 - Mis à jour Vendredi, 31 Août 2018 19:36

Une étude importante(PARTNER) sur le risque de transmission du HIV par un séropositif ayant une charge virale indétectable vient de confirmer que le risque est nul tant pour les hommes gays que pour les hétérosexuels et ce quelle que soit la pratique sexuelle.

Concernant le vaccin 9 travaux ont été présentés, 2 seuls sur l'homme avec deux essais cliniques préliminaires de phase 1/2a. Aucun ne laisse espérer de retombées pour les patients à moyen ou long terme

Un essai sur le macaque (Abstract THAA0105) montre que l'injection d'une dose unique d'anticorps neutralisant à large spectre peut protéger du HIV pendant une période de 6 à 12 mois. Il s'agit d'une immunoprophylaxie temporaire.

Une autre étude sur des souris humanisées avec comme base du vaccin un anticorps neutralisant(PGDM1400) ne permet pas d'établir d'effet prophylactique ou thérapeutique suffisant.

L'étude clinique(Abstracts TUAA0104 et TUAA0105) a pour objet d'évaluer un vaccin prophylactique constitué de vecteurs viraux comportant une mosaïque de HIV-1 Env, Gag et Pol transgènes et d'un clade C soluble de gp140 trimeric de la protéine de l'enveloppe. Il est constaté sur 36 individus non infectés une réponse immune forte et soutenue jusqu'à la 78^e semaine. Reste à démontrer l'efficacité prophylactique de ce vaccin.

Enfin, deux abstracts (TUAA0203 et TUAA0205) rappellent les potentialités des thérapies géniques.

On ne peut qu'être étonné par l'absence de résultats majeurs sur un vaccin pouvant redonner un espoir aux patients.

On se doit cependant de mentionner que **Bigpharma n'a aucune raison de financer des**

Écrit par Dr Adrien Caprani

Vendredi, 10 Août 2018 16:23 - Mis à jour Vendredi, 31 Août 2018 19:36

recherches sur le vaccin et encore moins d'accepter l'arrivée d'un vaccin sur le marché qui verrait l'effondrement de ses profits colossaux sur les antiviraux.

On se doit pourtant de rappeler la découverte d'un **vaccin efficace et prometteur en 2016 basé sur la protéine virale**

Tat Oyi (C104-

Vaccin HIV thérapeutique Biosantech-Erwann Loret- Attaques injustifiables, sur notre site). Dès sa présentation,

cette découverte a été attaquée sans aucun fondement scientifique, dans la presse notamment par J.F Delfraissy, Président de l'ANRS, et sur le plan judiciaire par le CNRS, et l'Assistance Publique

Ces derniers ont réussi par voie judiciaire à bloquer la poursuite de l'essai ! Il s'agit d'assassinats ou du moins de mise en danger de la vie d'autrui. Après 2ans perdus dans des procédures judiciaires sordides, le

P

résident du Comité d'éthique de la Protection de Personne (CPP) , a donné un avis favorable à un suivi de cohorte après vaccination de la Phase II, sur 46 malades séropositifs.

Ce suivi de cohorte doit débuter en septembre 2018, et devrait permettre de valider des résultats préliminaires d'au moins deux patients en début de rétro-séroconversion, après vaccination avec la Tat Oyi, sur lesquels le Docteur Loret, chercheur au CNRS a communiqué à BERLIN devant des scientifiques en janvier 2017.

Si, pour des raisons du faible nombre des patients par dose injectée, l'objectif principal de l'essai clinique n'a pas été statistiquement significatif, il a pourtant été atteint avec 30% de sujets ayant maintenu dans la même dose une charge virale inférieure à 80 copies pendant 2 mois, sans trithérapie. Ce résultat très prometteur est un espoir concret que la Tat Oyi associée à la trithérapie puisse potentialiser son efficacité, et diminuer les risques d'échecs thérapeutique dans le cas d'une mauvaise observance du traitement.

De nouveaux critères apparus depuis la fin de l'essai en 2014 et l'analyse des résultats de ce dernier montrent d'autres points d'intérêts, qui sont aujourd'hui tout aussi important qu'une charge virale contrôlée à l'arrêt de la trithérapie. L'évolution clinique d'un malade séropositif vers un SIDA déclaré serait étroitement liée au taux de CD4, au ratio CD4/CD8, reflet de l'état du système immunitaire et à l'ADN pro-viral, témoin de la taille des cellules infectées, inatteignables par la trithérapie.

Écrit par Dr Adrien Caprani

Vendredi, 10 Août 2018 16:23 - Mis à jour Vendredi, 31 Août 2018 19:36

La vaccination avec la Tat Oyi a montré dans l'essai de phase II, qu'elle avait une action statistiquement significative sur le système immunitaire, en augmentant les CD4 et le ratio CD4/CD8.

La Tat Oyi agirait aussi de façon statistiquement significative sur l'ADN pro-viral ,témoin du réservoir du virus, en montrant que lorsqu' 'on cumule l'ADN proviral entre M0 et M12 , les vaccinés avec 33µg X 3 ont un réservoir moins important à M12 que les placebos.

Sachant qu'un traitement anti rétroviral n'agit que très peu sur la taille du réservoir des cellules infectées cachées dans l'organisme, et sur la production permanente de Tat extra cellulaire par ces cellules, la mise en œuvre de ce suivi de cohorte a reçu un avis favorable pour valider que le traitement par la tat Oyi pourrait rendre indétectable l'ADN pro-viral, témoin du réservoir du VIH dans le sang périphérique, cinq mois seulement après la première injection et augmenter de 66% le ratio CD4/CCD8 chez les patient infectés par le VIH (Retrovirology 2016).

Ce suivi de cohorte pourrait, quatre ans après la sortie de l'essai apporter une cure fonctionnelle si, à la disparition des anticorps anti-VIH (P24-GP120) était associée l'indétectabilité de l'ADN pro-viral ,ce qui serait un véritable tournant dans le traitement du SIDA.

L'essai EvaTat semble montrer que les malades des clades B et C sont bons répondeurs à la vaccination Tat Oyi, ce qui correspondrait à 95% de la population mondiale des malades par le VIH. L'association de la trithérapie à la Tat Oyi pourrait dans un premier temps rendre éligible un grand nombre de malades à l'allègement de la trithérapie ce qui correspond à une forte demande de la part des séropositifs, qui subissent les lourds effets secondaires de leur traitement. Pour les pays du Sud pour lesquels la qualité de la molécule est moins bonne, la Tat Oyi permettrait de diminuer les échecs thérapeutiques en améliorant l'observance des traitements

Écrit par Dr Adrien Caprani

Vendredi, 10 Août 2018 16:23 - Mis à jour Vendredi, 31 Août 2018 19:36
