



**L'ISHEID, International Symposium on HIV, hepatitis and Emerging Infectious Diseases**, s'est tenu au parc Chanot de Marseille du 16 au 18 mai 2018.

Sous la co-Présidence du Dr. Alain LAFEUILLADE (Toulon) et du Dr. Christina PSOMAS (Montpellier), L'ISHEID 2018 a abordé des sujets couvrant les avancées médicales et scientifiques, mais aussi les aspects épidémiologiques, socio-économiques et l'accès aux soins.

Le Congrès a proposé des conférences animées par des médecins et des chercheurs européens et internationaux, des communications orales et des posters, ainsi que des ateliers de formation.

**Les thèmes suivants ont été abordés :**

Problématiques liées au VIH et aux hépatites

VIH et hépatites, de la recherche à la clinique

VIH, hépatites et comorbidités

Gestion clinique des personnes vivant avec le VIH

Immunothérapie et chek-point immunitaires

Prévention

Le microbiome

Maladies infectieuses émergentes

Autres maladies sexuellement transmissibles

A suivre quelques miscellanées de cette manifestation.

Le Congrès a été inauguré par **Stefano VELLA (Superior Health Institute, Roma – Italy)**, face à une assemblée clairsemée (annulations de dernière minute dues aux grèves de la SNCF ???).

Au travers de son exposé sur la santé mondiale, il a rappelé le paradoxe qui existe entre d'une part l'augmentation de l'espérance de vie due notamment aux avancées de la médecine, à l'accès à l'eau potable, à divers facteurs sociaux, et d'autre part les inégalités en terme d'accès aux soins qu'on observe même dans certains pays industrialisés. Les populations vulnérables, marginalisées, migrantes, déplacées, exploitées, en clair « les pauvres », ont un risque plus élevé de mourir précocement.

A cette situation se greffe le spectre du VIH, qui en peu d'années a eu un impact dévastateur sur l'équilibre de la santé dans le monde. Rappelons qu'en dépit des 19 millions de personnes qui ont accédé à un traitement par ARV en 2016 à travers le monde (ce qui représente la moitié des PVVIH), les nouvelles contaminations se multiplient, la mortalité peine à diminuer, le dépistage est insuffisant. Et les traitements sont parfois pris de façon discontinue.

C'est ce qu'on appelle « the dark side of the moon... »

L'éradication d'une pandémie se fait obligatoirement par la découverte d'un vaccin ou d'un traitement. D'où l'importance et la nécessité d'investir dans la recherche médicale et pharmaceutique. Chaque avancée doit être considérée comme un bien public accessible à tout individu vivant sur notre planète.

**Frederic BARTUMEUS (Blanes advanced study center, Girona – Spain)** nous a présenté « Mosquito Alert », une nouvelle application smartphone mêlant la santé publique et la « science citoyenne », crée pour lutter contre le moustique tigre vecteur du Zika, de la dengue et du Chikungunya.



[www.mosquitoalert.com](http://www.mosquitoalert.com)

Cette application est le fruit d'un travail d'équipe, multidisciplinaire, et est utilisée pour le moment en Espagne. Elle est potentiellement applicable à d'autres pays à travers le monde, tout en sachant que d'autres espèces de moustiques tel l'anophèle sont beaucoup plus difficiles à identifier.

**Jean-Paul GONZALEZ (Center of excellence for emerging and zoonotic animal diseases, Manhattan, Kansas – USA)**, a énoncé la longue liste des pandémies qui ont jaloné l'histoire. Il a ensuite mis en corrélation le risque d'émergence de nouvelles pandémies, les facteurs climatiques et les facteurs socio-politiques. Tous ces éléments relèvent d'une compréhension globale.

On ne peut pas prévoir le risque pandémique. Il relève du hasard, de la vulnérabilité des populations, des habitudes de vie, des habitudes alimentaires, des migrations, des variations climatiques à court et à long terme ...

On peut par contre essayer d'anticiper, d'apporter des réponses tant au niveau politique que social :

- impliquer les populations tant dans les communautés villageoises que dans les villes
- permettre aux populations d'accéder à des centres de soins
- ne pas sous-estimer le rôle des guérisseurs et de la médecine traditionnelle
- apporter une réponse internationale aux problèmes de santé publique (mesures de quarantaine et d'isolement, sécurité aux frontières, utilisation des moyens de communications tels les réseaux sociaux,...)

Un double constat résume cette intervention :

- l'humanité est responsable du changement climatique, les faits sont bien établis.
- l'objectif d'éradiquer certaines pandémies virales majeures (VIH, VHB et VHC) grâce à des vaccins préventifs ou à de nouveaux traitements est loin d'être atteint.



**Christian PERRONE (Hôpital Raymond Poincaré, Garches - France)** a fait une présentation intéressante et détaillée de la maladie de Lyme (diagnostic, traitement et controverse). Il a insisté sur :

- L'augmentation dans la nature du nombre des tiques infectées vecteurs de la maladie
- La fréquence des co-infections (bactériennes et parasitaires)
- La possible chronicité de cette maladie
- L'absence d'études approfondies pour évaluer l'efficacité du traitement antibiotique et les résistances
- L'imperfection des tests sérologiques de dépistage (Elisa et Western Blot) qui ne détectent que rarement l'infection
- La persistance de la bactérie *Borrelia* dans l'organisme malgré des mois de traitements antibiotiques. Comment la contrôler ?

Cette présentation a été illustrée par une vidéo relatant le point de vue d'un patient sur cette maladie.

**Sergio SERRANO (Ramon y Cajal Hospital, Madrid - Spain)** a parlé du microbiome et de son influence sur le risque d'acquisition du VIH. La nourriture aurait-elle un rôle dans le processus ? Complexe et difficile à évaluer...même s'il est désormais prouvé que soigner la composition de nos menus, c'est aussi prendre soin des milliards de bonnes bactéries qui colonisent notre intestin. En modifiant notre alimentation, on modifie notre microbiote intestinal et on va ainsi probablement modifier la susceptibilité à faire certaines infections.

**Rosan VAN ZOEST (Institute for Global Health and Development, Amsterdam - Netherlands)** nous a appris comment gérer la multiplicité des comorbidités dans le VIH. L'espérance de vie des PVVIH a augmenté au cours de ces dernières années grâce aux ARV, et il est prévu que cette tendance se maintienne dans le futur proche. Mais parallèlement il est fort probable que la fréquence et le poids des comorbidités suive la même tendance dans les années à venir.

Le risque de développer certaines pathologies est plus élevé chez les PVVIH que chez les séronégatifs :

- Maladies neurocognitives
- Maladies cardio-vasculaires
- Ostéopathies
- Néphropathies
- Maladies pulmonaires
- Cancers

Dans le contexte du VIH il semblerait que la cause en soit multifactorielle :

- Facteurs de risque « traditionnels » liés à l'hygiène de vie (alcool, tabac, absence d'activité physique, ...)
- Facteurs démographiques et génétiques
- Dérèglement immunitaire
- Traitement antirétroviral

Il est également important de rappeler que le nombre de PVVIH ayant une multithérapie est en augmentation. Ce régime est susceptible, à court ou à long terme, de causer de multiples problèmes tels :

- Non-adhérence
- Effets des interactions médicamenteuses
- Syndromes gériatriques
- Effets indésirables graves
- Mortalité

Au cours de la session consacrée à la **PrEP (What's up in PrEP ?)**, les intervenants ont évoqué :

- La situation actuelle en Europe : approbation de TDF/FTC par la European Medicines Agency comme prophylaxie pré-exposition adressée à des personnes non infectées mais hautement exposées au VIH. 3 pays se distinguent largement en terme de chiffres, la France, l'Angleterre et l'Allemagne, avec un large plaidoyer lors du Sommet consacré à la PrEP à Amsterdam en février 2018.



- La question qui se pose est celle du rapport coût/efficacité de cette prévention. Plus globalement, que sont prêts à payer les pays concernés ?
- Que penser de la possibilité d'acheter son traitement soi-même en ligne ? Quelles en sont les implications ? Risques, absence de suivi, ...

Mais la PrEP est encore peu utilisée. Elle est chère, source de stigmatisation et bouscule certaines valeurs morales.

**Zoe GREENWALD (L'Actuel Medical Clinic, Montréal – Canada)** nous a fait une présentation d'un centre de santé sexuelle situé en plein cœur du village gay de Montréal. Le public qui est reçu en consultation est très nombreux, les traitements par PrEP sont délivrés selon le cas et la demande (quotidien ou par intermittence). Les patients sont inclus dans un protocole de suivi (compliance) d'une durée de 10 mois, mais sont libres de se rendre dans une autre structure par la suite. Les perdus de vue peuvent théoriquement être retrouvés grâce à un registre national sur les médicaments.

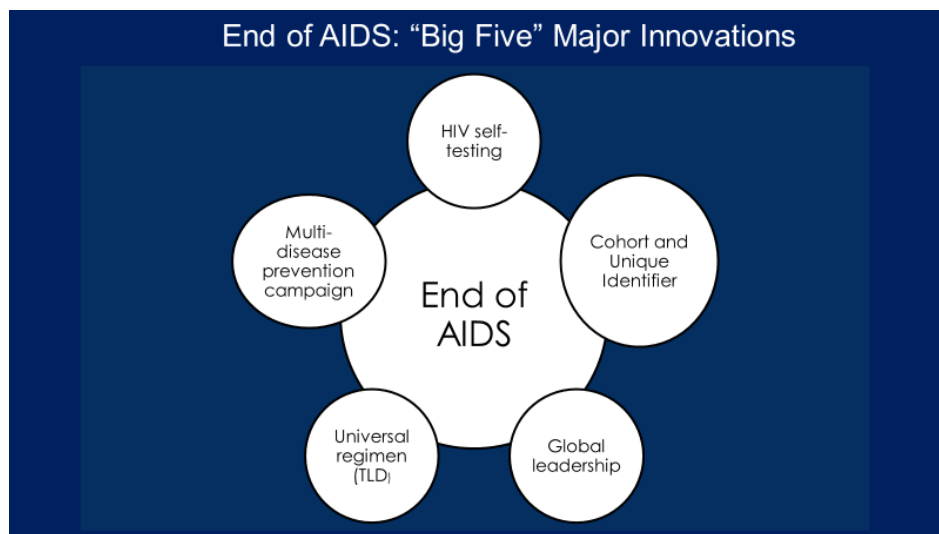
|                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Baseline → 1 month Follow Up → 3 month FU → 3 month FU → 3 month FU</b> |
|----------------------------------------------------------------------------|

On a également parlé de :

- Dangers du Chemsex : cette pratique à risques où le sexe est associé à la prise de drogues de plus en plus puissantes (GHB, méthamphétamines ou

cathinones, etc.) explose et fait des ravages. Risques cardiovasculaires, comas, décès, les constatations se multiplient, les rapports tirent la sonnette d'alarme.

- Monothérapie par Dolutégravir => stratégie en vogue mais échec ?
- Transition Pefar vers une nouvelle ligne de traitement antirétroviral appelée TLD (Tenofovir + Lamivudine + Dolutégravir). Traitement universel ? Bénéfices multiples ? Réduction des coûts ? Rappelons que l'objectif global fixé par UNAIDS pour 2020, le fameux « 90 -90-90 », n'est pas encore atteint. Cinq innovations majeures pourraient probablement accélérer les progrès, afin qu'un jour « ending aids » ne soit plus un concept mais bien une réalité.



- Emergence de cas de stéatohépatites non alcoolique (NASH) à la suite de traitements anti VHC.
- Législation sur le cannabis au Canada : l'intention du gouvernement Trudeau de légaliser la marijuana à des fins récréatives devrait se faire pour le mois d'août 2018.

La seule session en français de ce symposium aura été **une session spéciale COREVIH Paca ouest Corse, consacrée à la « prise en charge des PVVIH : le parcours de santé ».**

Face à une salle archi-comble, **Guillaume GRAS, Président du Corevih Centre Val de Loire**, a présenté un protocole de coopération médecin-infirmier dans la prise en charge des PVVIH. Ce protocole a été demandé par l'ARS qui a missionné un cadre de santé pendant 6 mois pour le mettre en place. Il a été intégré au CeGGID, et doit être validé par toutes les instances du CHU. Ce protocole est un modèle de délégation des tâches. Il repose sur le principe d'une consultation mensuelle d'une durée d'une heure pendant 6 mois => bilan sanguin, vaccins, le point sur les comorbidités, voir si besoin d'explorations complémentaires, remise des ordonnances (anticipation des signatures). Il est également considéré comme une expertise en éducation thérapeutique, ce qui en fait n'est que la formalisation d'une activité déjà ancrée dans les pratiques professionnelles. L'intérêt perçu est collectif,

et le degré d'acceptabilité par les médecins, les infirmières et les patients est très bon. Une infirmière référente est nommée tutrice pour les autres, sachant que toutes les infirmières concernées doivent accomplir 12h de formation théorique et pratique.

L'intérêt de la démarche est la collaboration possible entre plusieurs régions. En effet, le protocole pourrait s'intégrer dans l'évolution du parcours de soins régional des patients. Tout dépend des ARS => facilitantes ou pas...

**Roland LANDMANN (Essai Quatuor, Hôpital Bichat, Paris)** a partagé son expérience de l'allègement thérapeutique.

Pourquoi se poser la question d'un allègement thérapeutique ?

- ⇒ Réduire le poids du traitement par trithérapie classique
- ⇒ Optimiser le traitement
- ⇒

La bithérapie, on y a recours soit par nécessité soit par stratégie. Il existe des schémas de bithérapie validés par des études.

Par exemple, à l'Hôpital Bichat (file active de 5 000 patients), les schémas les plus utilisés en 2017 sont :

- Etravirine + Raltégravir
- Dolutégravir + Rilpivirine
- Darunavir + Raltégravir

D'autres schémas sont actuellement en cours d'évaluation.

Mais certains facteurs sont susceptibles d'altérer l'efficacité des molécules :

- Les mutations archivées
- Les interactions médicamenteuses
- Ou alors ça ne marche pas, tout simplement...

Il y a une check-list à respecter pour ne pas risquer un échec virologique. Il y a donc des contraintes, ce n'est pas de la routine. Ce qui explique que la bithérapie est très peu appliquée pour l'instant.

Et quid des traitements ARV discontinus ?

On sait que la reprise répliquative du virus ne se produit qu'au bout de 6-7 jours sans traitement (=> phase de latence). Le risque d'échec augmente quand on augmente le nombre de jours sans traitement.

Un traitement 4 jours/7 apporte augmente la qualité de vie des patients, et leur procure une grande satisfaction. Ce sont là des éléments très importants à prendre en compte dans leur suivi psychologique.

Serait-ce alors la fin du dogme de la trithérapie standard ?

Attention cependant, il y a des contre-indications, notamment avec certaines mutations (184V).

Le traitement en discontinu ne s'adresse pas à tous les patients, il est donc très important de bien les sélectionner.

En conclusion, l'*ISHEID 2018* a accordé une place privilégiée aux présentations à la pointe de l'actualité, offrant une synthèse de l'actualité scientifique des congrès internationaux.

Selon le programme, la conférence devait s'achever avec un feed-back sur l'activisme illustré par des extraits de 120 BPM, déjà culte et porteur de tant d'espoir. Impossible pour moi de commenter cette session, grève des trains oblige j'ai dû quitter la salle prématurément. Dommage....



*"A journey of a thousand miles begins with a single step". Confucius.*