

Incidence des virémies détectables chez les PVVIH sous trithérapie intermittente et bithérapie : analyse en vie réelle



A. Diarra¹, A. Brun², G. Hamet², Joëlle Lux^{1,2}, Kahina Baroune^{1,2}, N. Vignier^{1,3}, O. Bouchaud¹
 1. Service des maladies infectieuses et tropicales, CHU Avicenne, HUPSSD, AP-HP, USP, Bobigny, France; 2. CORESS Ile de France Est, Paris, France; 3. IAME, Inserm UMR 1137, Université Sorbonne Paris Nord & Université Paris Cité, Paris, France

INTRODUCTION

L'étude QUATUOR a établi la non-infériorité d'un **traitement antirétroviral intermittent (TAI)** (prise 4j/7 d'une **trithérapie**) vs une prise quotidienne assorti d'un suivi rapproché. Néanmoins il n'existe que très peu de données de vie réelle pour évaluer le déploiement et l'efficacité de cette stratégie dans la pratique courante.

OBJECTIF

Cette étude vise à évaluer le risque d'épisodes de virémie détectable (> 50 copies), de faible (<= 200 copies) et de forte intensité (> 200 copies), chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sous TAI ou bithérapie, ainsi que les facteurs associés.

METHODES

Il s'agit d'une **étude rétrospective** menée dans un service en Seine-Saint-Denis (93) de prise en soin des PVVIH. L'analyse porte sur la période de la dernière ligne thérapeutique. L'incidence de virémies détectables est estimée par analyse de survie et les facteurs associés sont évalués à l'aide de modélisations de Poisson.

Population à l'étude et caractéristiques

Parmi 1817 PVVIH incluses, 359 (20%) étaient sous TAI, 476 (26%) sous bithérapie (orales ou injectables) et les autres sous trithérapie standard (TS). La majorité étaient des hommes (57%), âgés de 50 ans ou plus (47%), originaires d'Afrique subsaharienne (51%), sans hépatite B active (94%), avec un nombre médian de trois lignes thérapeutiques antérieures. Le nadir médian de CD4 était de 212/mm³ et 25% avaient atteint un stade SIDA. Les TAI reposaient majoritairement sur des combinaisons à base d'inhibiteurs de l'intégrase (57%)

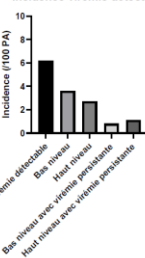
Analyses des facteurs associées à la survenue d'une virémie détectable sous TAI et bithérapie

Comparativement aux PVVIH sous trithérapie standard, celles sous TAI ou bithérapie présentaient un nadir de CD4 plus élevé (234 pour les TAI et 226 pour les bithérapies vs 200 pour les TS ; $p = 0,03$ et $p = 0,01$) ainsi que des CD4 pré-thérapeutiques plus élevés ($p < 0,001$). La proportion de patients au stade SIDA était plus faible sous bithérapie uniquement (21%, $p < 0,01$).

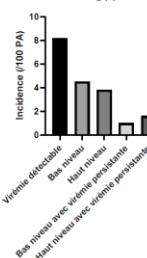
La proportion de patient ayant eu un épisode de virémie détectable était **significativement moindre sous TAI et bithérapie** (8% et 12%, respectivement, vs 25% sous TS ; $p < 0,001$).

L'incidence des virémies de faible intensité était de 3 pour 100 PA sous TAI, de 4 pour 100 PA sous bithérapie et de 8 pour 100 personnes-années (PA) sous TS.

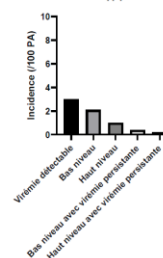
Incidence virémie détectable



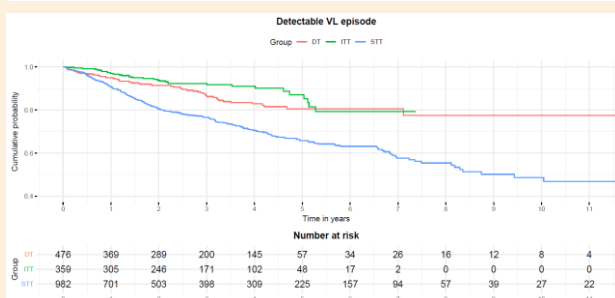
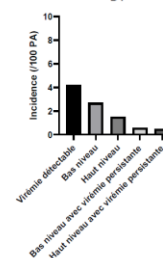
STT



ITT

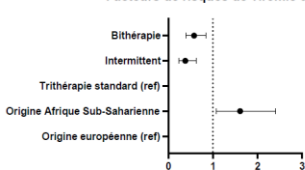


DT

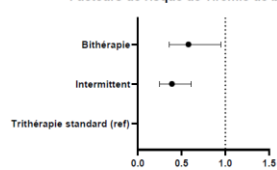


En analyse multivariée, les facteurs associés à une diminution du risque de virémies de faible et de forte intensité étaient la bithérapie (aHR 0,34 [0,24–0,50]) et le TAI (aHR 0,49 [0,37–0,66]). Concernant spécifiquement les virémies de forte intensité (> 200 copies/mL), la bithérapie (aHR 0,30 [0,12–0,74], $p < 0,0001$) et le TAI (aHR 0,40 [0,19–0,85], $p < 0,0001$) restaient associés à une moindre survenue.

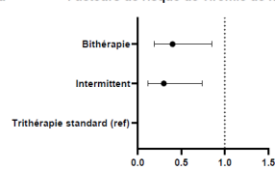
Facteurs de risque de virémie détectable



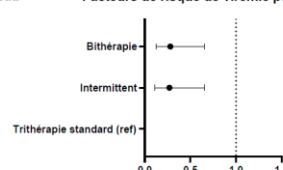
Facteurs de risque de virémie de bas niveau



Facteurs de risque de virémie de haut niveau



Facteurs de risque de virémie persistante



Conclusion

Nos résultats montrent qu'il n'y a pas, pour les patients sous TAI ou bithérapies, d'épisodes de surrisques de virémies détectables qu'ils soient de faible ou de forte intensité. Ils montrent même que ces stratégies sont associées à un **risque moindre d'épisodes de charge virale détectable**, par rapport aux trithérapies standards.

Ces résultats sont limités et ne permettent pas d'évaluer un risque général de survenue d'épisodes de virémies détectables, les professionnels de santé ne proposant ces stratégies qu'aux patients à faible risque de réplication virale. Néanmoins, ces résultats **soutiennent l'implémentation du TAI et des bithérapies** en pratique clinique chez des patients **soigneusement sélectionnés**.