

Sida : une rémission de douze ans sans traitement

Une Française de 18 ans infectée pendant la grossesse de sa mère avait été traitée très précocement

SUITE DE LA PREMIÈRE PAGE

La transmission du VIH entre la future mère et le fœtus se produit principalement au cours de l'accouchement et, à un moindre degré, lors du dernier trimestre de grossesse. Lorsqu'une femme est séropositive, le risque de transmission est évidemment plus élevé si elle présente une quantité de virus importante dans le sang (charge virale) et si elle n'est pas déjà sous traitement anti-VIH. Pour prévenir l'infection de l'enfant, on administre à la future mère tout au long de l'accouchement une perfusion d'antirétroviral et, après la naissance, le même médicament au nouveau-né. Des contrôles ultérieurs répétés indiqueront si l'enfant est infecté ou non par le VIH. Cette approche a permis de considérablement faire diminuer la transmission materno-fœtale, quasiment éradiquée dans les pays développés.

C'est le protocole qui a été suivi pour le cas français présenté à Vancouver. L'enfant était née en 1996 et sa mère avait à l'époque une charge virale « non contrôlée ». Le nouveau-né avait été mis sous traitement prophylactique par la zidovudine (AZT) pendant six semaines. Cela n'avait pas empêché la transmission du VIH. Deux mois plus tard, au moment où intervenait l'arrêt programmé du traitement prophylactique, l'enfant présentait une charge virale très élevée. L'équipe médicale passait alors à une association de quatre antirétroviraux, beaucoup plus puissante.

Ce traitement a été suivi jusqu'à ce que l'enfant atteigne presque six ans. Les médecins ont en effet

perdu de vue leur jeune patiente, dont la famille décida entre-temps d'interrompre les médicaments. Revue après un intervalle d'un an, l'enfant avait alors une charge virale indétectable (moins de 50 copies du génome viral par millilitre de sang), signe que le virus n'était pas dans une phase de multiplication active, mais au contraire dormant dans des « réservoirs ». C'est ainsi que l'on appelle les cellules de l'organisme, notamment certaines cellules immunitaires – les lymphocytes T CD4+ – qui abritent le VIH.

Charge virale indétectable

Ce type particulier de globules blancs n'agit seulement que comme intermédiaire de la réponse immunitaire. Ils sont spécifiques d'un antigène – en l'occurrence le VIH – auxquels ils se lient. Ils prolifèrent alors activant d'autres cellules du système immunitaire qui vont attaquer le pathogène.

L'équipe du Dr Saez-Cirion décida alors de ne pas reprendre le traitement antirétroviral et de suivre l'évolution de l'infection.

Douze ans après l'interruption de tout traitement antirétroviral,

la jeune femme présente toujours une charge virale indétectable, en dehors d'une unique élévation ponctuelle isolée. Signe que l'infection est très bien contrôlée, cette charge virale est inférieure à 4 copies/ml de sang. Le taux de ses lymphocytes T CD4+ est resté stable, a indiqué le Dr Saez-Cirion.

Précision importante, « cette enfant ne présente aucun des facteurs génétiques connus pour être associés à un contrôle naturel de l'infection », a souligné le Dr Saez-Cirion. Selon toute vraisemblance,

c'est le fait d'avoir reçu très tôt après sa contamination une combinaison d'antirétroviraux qui lui permet d'être en rémission virologique depuis aussi longtemps. » Un traitement précoce diminuerait la taille des réservoirs du VIH dans l'organisme et en particulier du principal, représenté par les lymphocytes T CD4+ mémoires, qui sont spécifiques d'un antigène donné et possèdent une longue durée de vie.

S'il est remarquable par la durée de la rémission sans traitement, le cas de cette jeune femme n'est pas sans précédent. En France, la « cohorte Visconti » de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites (ANRS), comprend un groupe de 14 adultes vivant avec le VIH traités activement dès les premiers mois suivant leur contamination. Ces patients présentent un contrôle aussi bien virologique (charge virale) qu'immunologique (lymphocytes CD4) de leur infection de longue durée alors qu'ils ne sont plus sous traitement antirétroviral depuis plusieurs années. La moitié d'entre eux est en rémission depuis plus de dix ans.

Une autre enfant avait également connu une rémission. En mars 2013, une équipe américaine annonçait qu'une petite fille infectée à la naissance par le VIH en 2010 et traitée immédiatement par une trithérapie montrait des niveaux indétectables de charge virale plusieurs mois après avoir cessé la prise de médicaments. Ce cas de rémission connu sous le nom « bébé du Mississippi » a été décrit dans le *New England Journal of Medicine*.

« Pas une guérison »

Mais en juillet 2014, l'équipe soi-

gnante a annoncé qu'après deux ans de rémission, l'enfant du Mississippi présentait désormais une charge virale détectable, et avait dû à nouveau être placée sous traitement. « Scientifiquement, cela nous rappelle que nous avons en-

core beaucoup à apprendre des subtilités de l'infection à HIV et sur la façon dont le virus se cache dans le corps », avait alors déclaré Anthony Fauci, le directeur de l'Institut national américain de recherche sur les allergies et maladies infectieuses.

Si le cas de la jeune femme suivie en France « est un fait clinique majeur qui ouvre de nouvelles perspectives de recherche », il est cependant à souligner que « cette rémission ne doit toutefois pas être assimilée à une guérison », a estimé le professeur Jean-François Delfraissy, directeur de l'ANRS. « Cette jeune femme reste infectée par le VIH et il est impossible de prédire l'évolution de son état de santé », a-t-il ajouté. Toutefois, ce cas permet de plaider « en faveur d'une mise sous traitement antirétroviral de tous les enfants nés de mères séropositives le plus tôt possible après la naissance ». ■

PAUL BENKIMOUN
(AVEC HERVÉ MORIN)

S'il est remarquable par la durée de la rémission sans traitement, le cas de cette jeune femme n'est pas sans précédent