

Disponible sur le World Wide Web à l'adresse
www.catie.ca/fr/traitementactualites

Table des matières

I RECHERCHE SUR LES FEMMES ET LE VIH

A. L'efficacité et l'innocuité des inhibiteurs de l'intégrase chez les femmes	1
B. Stribild chez les femmes	2
C. Le dolutégravir chez les femmes	5
D. La charge virale et quelques problèmes d'ordre hormonal et métabolique chez les femmes	7
E. Facteurs liés aux chutes chez les femmes d'âge moyen	9
F. La réponse au vaccin anti-VPH est meilleure chez les femmes séropositives ayant une charge virale indétectable	12
G. La vaginose bactérienne mise en contexte	14
H. La vaginose bactérienne : quelques enjeux de la recherche	14
I. La vaginose bactérienne chez les femmes séropositives et séronégatives	16

I RECHERCHE SUR LES FEMMES ET LE VIH

A. L'efficacité et l'innocuité des inhibiteurs de l'intégrase chez les femmes

Depuis plusieurs années dans les pays à revenu élevé, les principales lignes directrices sur le traitement du VIH placent une classe de médicaments appelés inhibiteurs de l'intégrase en haut de la liste des options préférées pour les combinaisons de médicaments anti-VIH (TAR) utilisées lors d'un premier traitement contre cette infection. On fait cette recommandation parce que les TAR fondés sur un inhibiteur de l'intégrase sont puissants et réduisent généralement la charge virale en peu de temps. Dans l'ensemble, les inhibiteurs de l'intégrase sont bien tolérés, et cette classe a tendance à être associée à moins d'interactions médicamenteuses que d'autres classes de médicaments comme les inhibiteurs de la protéase et les analogues non nucléosidiques.

Plusieurs inhibiteurs de l'intégrase ont déjà été homologués dans les pays à revenu élevé, et au moins deux autres devraient arriver au cours des prochaines années. Malheureusement, dans leur empressement à obtenir l'homologation, certaines compagnies pharmaceutiques n'ont pas recruté suffisamment de femmes séropositives pour les premiers essais cliniques sur les inhibiteurs de l'intégrase; par conséquent, les médecins et leurs patientes ne pouvaient être certains de l'innocuité de certains inhibiteurs de l'intégrase chez les femmes. Cette situation a changé récemment grâce à la publication de deux études importantes : Waves et Aria.

produit par



La source canadienne
de renseignements sur
le VIH et l'hépatite C

555, rue Richmond Ouest, bureau 505, boîte 1104
Toronto (Ontario) M5V 3B1 Canada
téléphone : 416.203.7122
sans frais : 1.800.263.1638
télécopieur : 416.203.8284
site Web : www.catie.ca
numéro d'organisme de bienfaisance : 13225 8740 RR

Dans l'étude Waves, les chercheurs ont testé l'inhibiteur de l'intégrase elvitégravir. Ce dernier est offert en coformulation avec plusieurs autres médicaments anti-VIH pour créer des régimes de traitement complets vendus sous les noms de marque Genvoya et Stribild. L'équipe Waves a utilisé la combinaison de médicaments présents dans Stribild (elvitégravir + cobicistat + ténofovir DF + FTC).

Dans l'étude Aria, les chercheurs ont testé un inhibiteur de l'intégrase concurrent appelé dolutégravir (Tivicay), qui est offert sous forme de coformulation avec deux autres médicaments (abacavir + 3TC) pour créer un régime complet en un seul comprimé vendu sous le nom de Triumeq.

Les résultats des études Waves et Aria révèlent non seulement que les TAR à base d'inhibiteur de l'intégrase agissent bien chez les femmes, mais aussi que ces deux régimes sont sûrs et mieux tolérés qu'un régime fondé sur l'inhibiteur de la protéase atazanavir (Reyataz).

Dans ce numéro de *TraitementActualités*, nous présentons les résultats de ces deux essais cliniques et d'autres recherches menés auprès de femmes vivant avec le VIH.

RÉFÉRENCES :

1. Squires K, Kityo C, Hodder S, Johnson M, et al. Integrase inhibitor versus protease inhibitor based regimen for HIV-1 infected women (WAVES): a randomised, controlled, double-blind, phase 3 study. *Lancet HIV*. 2016 Sep;3(9):e410-20.
2. Orrell C, Hagins D, Belonosova E, et al. Superior efficacy of dolutegravir/abacavir/lamivudine FDC compared with ritonavir-boosted atazanavir plus tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine FDC in treatment-naïve women with HIV-1 infection: Aria study. In: Program and abstracts of the *21st International AIDS Conference*, 18-22 July 2016, Durban, South Africa. Abstract THAB0205LB.

B. Stribild chez les femmes

L'étude Waves — un essai clinique randomisé à double insu, contrôlé contre placebo — a comparé l'impact des régimes univoquotidiens (une prise par jour) suivants chez des femmes séropositives qui n'avaient jamais reçu de traitement auparavant :

- Stribild : un comprimé contenant elvitégravir + cobicistat + ténofovir DF + FTC
- atazanavir (Reyataz) + ritonavir + ténofovir DF + FTC

Après 48 semaines, les femmes recevant Stribild avaient une charge virale indétectable (moins de 50 copies/ml) dans une proportion plus élevée (87 %) que les femmes recevant le régime à base d'atazanavir (81 %). Les effets secondaires signalés au cours de l'étude étaient principalement un jaunissement inoffensif de la peau et du blanc des yeux se produisant chez les femmes recevant l'atazanavir. Cet effet secondaire a poussé davantage de femmes (19) du groupe atazanavir à quitter prématurément l'étude, comparativement aux femmes recevant Stribild qui ont abandonné l'étude pour d'autres raisons. Stribild contient l'inhibiteur de l'intégrase elvitégravir. L'étude Waves souligne l'efficacité et l'innocuité générales des médicaments contenant de l'elvitégravir chez les femmes et justifie la position dominante des inhibiteurs de l'intégrase dans les lignes directrices sur le traitement du VIH.

Détails de l'étude

Pour l'étude Waves, les chercheurs ont recruté des femmes dans les pays suivants :

- Belgique
- République dominicaine
- France
- Italie
- Mexique
- Portugal
- Russie
- Thaïlande
- Ouganda
- Royaume-Uni
- États-Unis

Les participantes avaient le profil moyen suivant lors de leur admission à l'étude :

- âge : 35 ans
- principaux groupes ethnoraciaux : Noires – 48 %; Blanches – 43 %
- l'infection au VIH était asymptomatique chez au moins 75 % des participantes
- charge virale en VIH : 32 000 copies/ml
- compte de CD4+ : 360 cellules/mm³
- co-infection au virus de l'hépatite B : 4 %
- co-infection au virus de l'hépatite C : 8 %
- DFGe (débit de filtration glomérulaire estimé : évaluation de la santé des reins) : 106 ml/minute
- antécédents d'anxiété ou de dépression : 20 %
- tabagisme : 25 %
- consommation d'alcool : 50 %
- consommation de drogues : 3 %

Il y avait une différence statistiquement significative entre le profil moyen des femmes des États-Unis et celles des autres pays. Voici quelques précisions à cet égard :

Antécédents d'anxiété ou de dépression

- femmes des États-Unis : 53 %
- femmes d'autres pays : 11 %

Antécédents d'infections transmissibles sexuellement

- femmes des États-Unis : 47 %
- femmes d'autres pays : 31 %

Usage de drogues récréatives

- femmes des États-Unis : 13 %
- femmes d'autres pays : 1 %

Cette étude a duré un an.

Résultats : efficacité

À la 48^e semaine de l'étude, les participantes avaient une charge virale inférieure à 50 copies/ml dans les proportions suivantes, selon le régime :

- Stribild : 87 %
- régime à base d'atazanavir : 81 %

Étant donné cette différence, on a jugé que Stribild était statistiquement supérieur au régime fondé sur l'atazanavir. Il faut cependant se rappeler que l'apparente supériorité de Stribild (davantage de femmes ayant une charge virale supprimée à la

semaine 48) était en partie attribuable au fait qu'une grande proportion de femmes recevant l'atazanavir ont quitté l'étude à cause d'effets secondaires.

Effets indésirables

Le terme *effets indésirables* décrit une large gamme d'événements malheureux qui risquent de survenir pendant un essai clinique. Certains de ces événements peuvent être causés par les médicaments à l'étude, d'autres par une maladie ou un processus pathologique sous-jacent et d'autres encore par des circonstances n'ayant rien à voir avec l'essai clinique (tel un accident).

Selon les chercheurs, la plupart des effets indésirables signalés au cours de l'étude étaient « d'intensité légère ou modérée ». Les effets indésirables plus graves se sont produits dans les proportions suivantes :

- Stribild : 8 %
- régime à base d'atazanavir : 10 %

Aucune participante n'est morte au cours de cette étude.

Discontinuations attribuables aux effets indésirables

Les proportions suivantes de femmes ont quitté prématurément l'étude à cause d'effets indésirables :

- Stribild : 2 %
- régime à base d'atazanavir : 7 %

Voici les raisons pour les abandons prématurés :

Stribild

- éruptions cutanées et nausées
- éruptions cutanées et jaunissement de la peau
- taux élevés d'enzymes hépatiques dans le sang
- indigestion
- ulcère gastrique
- tuberculose

Régime à base d'atazanavir

- jaunissement de la peau
- éruptions cutanées (graves ou potentiellement mortelles dans certains cas)
- lésions rénales graves
- DFGe à la baisse

Accent sur les effets secondaires

Les effets secondaires se sont produits dans les proportions suivantes :

Maux de tête

- Stribild : 5 %
- régime à base d'atazanavir : 2 %

Nausées

- Stribild : 11 %
- régime à base d'atazanavir : 10 %

Vomissements

- Stribild : 5 %
- régime à base d'atazanavir : 3 %

Diarrhées

- Stribild : 3 %
- régime à base d'atazanavir : 4 %

Étourdissements

- Stribild : 3 %
- régime à base d'atazanavir : 2 %

Éruptions cutanées

- Stribild : 2 %
- régime à base d'atazanavir : 5 %

Fatigue

- Stribild : 1 %
- régime à base d'atazanavir : 3 %

Baisse de l'appétit

- Stribild : 3 %
- régime à base d'atazanavir : 1 %

Jaunisse (jaunissement de la peau)

- Stribild : 0 %
- régime à base d'atazanavir : 10 %

Jaunissement du blanc des yeux (ictère oculaire)

- Stribild : moins de 1 %
- régime à base d'atazanavir : 12 %

Accent sur les tests de laboratoire

Les anomalies des résultats de laboratoire incluaient les suivantes :

Taux élevé de l'enzyme hépatique ALT

- Stribild : 1 %
- régime à base d'atazanavir : 2 %

Taux élevé de l'enzyme hépatique AST

- Stribild : 2 %
- régime à base d'atazanavir : 2 %

Sucre détectable dans l'urine

- Stribild : 0 %
- régime à base d'atazanavir : 2 %

En général, la plupart des résultats anormaux aux tests de laboratoire ont été classés comme légers ou modérés en ce qui concerne l'intensité parmi les femmes utilisant Stribild. En revanche, parmi les femmes recevant le régime à base d'atazanavir, on a qualifié de grave ou de très grave l'intensité des résultats anormaux aux tests sanguins. Cette différence était surtout attribuable à l'augmentation des taux sanguins du produit de déchets bilirubine. Désigné par le nom d'hyperbilirubinémie, ce phénomène est un effet secondaire bien connu de l'atazanavir. Dans les cas de ce genre, le taux élevé de bilirubine dans le sang est généralement considéré comme inoffensif, et la situation revient à la normale lorsque la personne cesse de prendre l'atazanavir.

Aucune différence statistiquement significative n'a été constatée entre les régimes en ce qui concerne les tests sanguins se rapportant au cholestérol et aux triglycérides.

Les changements dans le DFG associés aux médicaments ont été modestes et comparables pour les différents régimes à l'étude. Cela a également été le cas pour les changements dans la densité osseuse.

Muscle et graisse

On a constaté une différence significative entre les deux régimes en ce qui concerne les changements dans la quantité de tissu musculaire. Les femmes du groupe Stribild ont pris en moyenne 866 grammes (près de deux livres) de muscle. En revanche, les femmes recevant le régime à base d'atazanavir n'ont pas connu de gain significatif de muscle mais ont pris en fait 1,4 kg (environ trois livres) de graisse. Le volume de graisse n'a pas augmenté de façon importante chez les femmes traitées par Stribild.

Grossesse

Vingt-quatre femmes sont tombées enceintes au cours de l'étude. Seize d'entre elles, dont huit recevant Stribild et huit recevant le régime à base

d'atazanavir, ont choisi de continuer à prendre les médicaments à l'étude.

Quatre femmes ont fait une fausse couche durant les trois premiers mois de l'étude, soit deux femmes pour chaque régime. Quant aux 12 autres femmes enceintes figurant dans l'étude, elles ont vécu des grossesses et des accouchements sans complications, et aucun de leurs bébés n'était atteint d'anomalies congénitales.

Points clés

Les deux régimes ont généralement été sûrs et efficaces. Stribild s'est toutefois révélé statistiquement supérieur au régime fondé sur l'atazanavir. Cette supériorité statistique reposait sur le plus grand nombre de discontinuations survenues parmi les femmes recevant l'atazanavir qui ont éprouvé des effets secondaires. Les principaux effets secondaires en question étaient les éruptions cutanées et les taux élevés de bilirubine dans le sang.

Notons que le taux d'abandons prématurés a été plus élevé que celui rapporté lors des essais cliniques antérieurs sur des régimes à base d'atazanavir.

RÉFÉRENCE :

Squires K, Kityo C, Hodder S, Johnson M, et al. Integrase inhibitor versus protease inhibitor-based regimen for HIV-1 infected women (WAVES): a randomised, controlled, double-blind, phase 3 study. *Lancet HIV*. 2016 Sep;3(9):e410-20.

C. Le dolutégravir chez les femmes

Lors d'une étude portant le nom d'Aria, des chercheurs ont testé les deux régimes suivants chez près de 500 femmes séropositives :

- Triumeq : un seul comprimé contenant dolutégravir + abacavir + 3TC
- atazanavir (Reyataz) + ritonavir + ténofovir DF + FTC

Les femmes inscrites à l'étude n'avaient jamais utilisé de médicaments anti-VIH auparavant.

Après 48 semaines, 82 % des femmes sous Triumeq et 71 % des femmes recevant le régime à base d'atazanavir avaient une charge virale de moins de

50 copies/ml. Cette différence donnait à Triumeq une supériorité statistique par rapport au régime fondé sur l'atazanavir. Cette différence était partiellement attribuable au plus grand nombre d'abandons prématurés pour cause d'effets secondaires parmi les participantes recevant l'atazanavir.

Détails de l'étude

Des chercheurs de plusieurs pays, dont le Canada, l'Espagne, l'Afrique du Sud, la Russie, la Thaïlande, les États-Unis et d'autres, ont évalué 705 volontaires mais n'en ont choisi que 495 qui convenaient à l'étude. Les chercheurs ont réparti au hasard ces 495 femmes en deux groupes pour recevoir un des régimes suivants :

- Triumeq
- régime à base d'atazanavir

Les participantes savaient quel traitement elles recevaient parce qu'on n'a utilisé aucun placebo.

Les participantes avaient le profil moyen suivant au moment de leur admission à l'étude :

- âge : 37 ans
- principaux groupes ethnoraciaux : Blanches – 44 %; Noires – 42 %; Asiatiques – 9 %
- 85 % des participantes n'avaient aucun symptôme de l'infection au VIH
- charge virale en VIH : 32 000 copies/ml
- compte de CD4+ : 375 cellules/mm³
- 7 % avaient déjà été exposées au virus de l'hépatite C

La partie principale de l'étude a duré 48 semaines. Après cette période, les participantes qui prenaient déjà Triumeq ont continué à recevoir ce médicament du commanditaire de l'étude, ViiV Healthcare (qui fabrique également Triumeq), jusqu'à ce que Triumeq soit approuvé dans leur pays. Nous rendons compte des résultats obtenus jusqu'à la 48^e semaine de l'étude.

Résultats : efficacité

Comme nous l'avons mentionné plus tôt, à la semaine 48 de l'étude, 82 % des femmes recevant Triumeq et 71 % des femmes recevant le régime à base d'atazanavir avaient une charge virale inférieure à 50 copies/ml.

Voici ce qui s'est produit chez les autres participantes :

Non-réponse virologique (soit ces participantes n'ont pas vu leur charge virale baisser sous la barre des 50 copies, soit elles n'ont pas réussi à maintenir une telle suppression virale) :

- Triumeq : 6 %
- régime à base d'atazanavir : 14 %

Les chercheurs ne disposaient pas de données virologiques sur les proportions suivantes de participantes (généralement parce qu'elles ont quitté l'étude prématurément) :

- Triumeq : 12 %
- régime à base d'atazanavir : 15 %

Charges virales au début de l'étude

Parmi les participantes qui avaient une charge virale élevée (plus de 100 000 copies/ml) lors de leur inscription à l'étude, les proportions suivantes avaient une charge virale supprimée (moins de 50 copies/ml) à la semaine 48 :

- Triumeq : 80 %
- régime à base d'atazanavir : 64 %

Parmi les participantes qui avaient un faible compte de CD4+ (350 cellules ou moins) au début de l'étude, les proportions suivantes avaient une charge virale supprimée (moins de 50 copies/ml) à la semaine 48 :

- Triumeq : 85 %
- régime à base d'atazanavir : 72 %

Effets indésirables

Le terme *effets indésirables* décrit une large gamme d'incidents malheureux liés à la santé qui peuvent se produire lors d'un essai clinique. Certains de ces incidents sont attribuables aux effets secondaires des médicaments. Cependant, il arrive aussi que des effets indésirables soient attribuables à une infection ou à un processus pathologique sous-jacent ou encore à des événements survenant en dehors de l'essai clinique, tel un accident.

Dans l'ensemble, les effets indésirables d'intensité modérée, grave ou très grave se sont produits dans les proportions suivantes :

Nausées

- Triumeq : 13 %
- régime à base d'atazanavir : 14 %

Diarrhées

- Triumeq : 5 %
- régime à base d'atazanavir : 7 %

Indigestion

- Triumeq : 2 %
- régime à base d'atazanavir : 6 %

Maux de tête

- Triumeq : 2 %
- régime à base d'atazanavir : 6 %

Jaunissement du blanc des yeux (ictère oculaire)

- Triumeq : 0 %
- régime à base d'atazanavir : 7 %

Jaunissement de la peau (jaunisse)

- Triumeq : 0 %
- régime à base d'atazanavir : 5 %

Les participantes ont quitté prématurément l'étude à cause d'effets secondaires dans les proportions suivantes :

- Triumeq : 4 %
- régime à base d'atazanavir : 7 %

Une femme recevant Triumeq est morte, mais une enquête a révélé que son décès n'était pas attribuable aux médicaments à l'étude.

Accent sur la santé mentale

Le dolutégravir appartient à une classe de médicaments anti-VIH appelés inhibiteurs de l'intégrase. *Tous* les inhibiteurs de l'intégrase ont figuré dans des rapports faisant état de problèmes de santé mentale (habituellement des problèmes de sommeil, d'anxiété et/ou de dépression) chez une faible proportion de patients recevant ces médicaments. Les chercheurs ne savent pas avec certitude pourquoi certaines personnes éprouvent ce genre d'effets secondaires.

Lors d'essais cliniques antérieurs, les taux d'effets secondaires neuropsychiatriques ont été relativement faibles parmi les utilisateurs du dolutégravir, soit habituellement entre 2 % et 4 %. Depuis l'homologation du dolutégravir il y a plusieurs années (dans Trivicay et Triumeq), on a signalé des problèmes de santé mentale chez une minorité de personnes qui utilisent ce médicament. Malheureusement, comme plusieurs des rapports en question proviennent d'études qui n'avaient pas été rigoureusement conçues, il est très difficile d'en tirer des conclusions concernant l'usage de dolutégravir et l'apparition éventuelle de problèmes de santé mentale. Notons aussi que la dépression et l'anxiété sont des problèmes relativement courants chez les personnes séropositives, peu importe le genre de traitement qu'elles prennent.

Dans l'étude Aria, les effets secondaires neuropsychiatriques se sont produits dans les proportions générales suivantes :

- Triumeq : 14 %
- régime à base d'atazanavir : 14 %

Voici la répartition des effets secondaires neuropsychiatriques spécifiques :

Difficulté à s'endormir ou à rester endormi

- Triumeq : 4 %
- régime à base d'atazanavir : 4 %

Anxiété

- Triumeq : 2 %
- régime à base d'atazanavir : 3 %

Maladie dépressive (y compris la dépression et les problèmes reliés)

- Triumeq : 3 %
- régime à base d'atazanavir : 4 %

Pensées suicidaires

- Triumeq : 2 %
- régime à base d'atazanavir : 1 %

Attaques de panique

- Triumeq : moins de 1 %
- régime à base d'atazanavir : moins de 1 %

Agitation

- Triumeq : moins de 1 %
- régime à base d'atazanavir : 0 %

Trouble bipolaire

- Triumeq : 1 %
- régime à base d'atazanavir : 0 %

Aucun cas des problèmes neuropsychiatriques suivants n'a été signalé :

- confusion
- hallucinations
- psychose
- suicide

Selon les résultats de l'étude Aria, environ 14 % des femmes qui utilisaient Triumeq ou le régime à base d'atazanavir ont éprouvé des problèmes de santé mentale, notamment des problèmes de sommeil, d'anxiété ou de dépression.

RÉFÉRENCE :

Orrell C, Hagins D, Belonosova E, et al. Superior efficacy of dolutegravir/abacavir/lamivudine FDC compared with ritonavir-boosted atazanavir plus tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine FDC in treatment-naïve women with HIV-1 infection: Aria study. In: Program and abstracts of the 21st International AIDS Conference, 18-22 July 2016, Durban, South Africa. Abstract THAB0205LB.

D. La charge virale et quelques problèmes d'ordre hormonal et métabolique chez les femmes

L'infection au VIH est associée depuis toujours à des cas d'anomalies hormonales et métaboliques complexes, dont la majorité concernait historiquement des hommes séropositifs. Une équipe de chercheurs de Vancouver a mené plusieurs études chez des femmes. Aux fins de leur analyse la plus récente, ces chercheurs se sont concentrés sur les mesures de plusieurs hormones et substances lipidiques (graisses) présentes dans le sang des femmes séropositives. L'équipe a trouvé que plusieurs facteurs étaient associés à des anomalies hormonales et métaboliques chez cette population, tels que l'avancement de l'âge, l'IMC (indice de masse corporelle) et, dans certains cas, la présence d'une charge virale élevée avant de commencer le TAR.

Détails de l'étude

Les chercheurs ont recruté 192 participantes entre 2008 et 2012 pour leur étude. Au moment de leur

admission, les participantes avaient le profil moyen suivant :

- âge : 40 ans
- principaux groupes ethnoraciaux : Blanches – 44 %; Autochtones – 30 %; Noires – 16 %
- la plupart des femmes avaient un surplus de poids
- co-infection au virus de l'hépatite C : 27 % avaient le VHC au moment de leur admission
- tabagisme : 52 % étaient des fumeuses
- consommation de drogues/d'alcool : 34 %
- nadir du compte de CD4+ (niveau le plus bas depuis toujours) : 190 cellules/mm³
- compte de CD4+ actuel : 470 cellules/mm³
- proportion ayant une charge virale en VIH de 100 000 copies/ml ou plus : 47 %
- proportion ayant une charge virale en VIH de 50 copies/ml : 40 %
- durée de l'infection au VIH : 11 ans

Résultats : anomalies hormonales et métaboliques

Dans l'ensemble, les tests effectués ont révélé au moins une anomalie hormonale ou métabolique chez 58 % des participantes.

Les problèmes hormonaux/métaboliques courants incluaient les suivants :

- cholestérol ou triglycérides : 43 %
- hormone(s) thyroïdienne(s) : 15 %
- sucre sanguin (glycémie) : 13 %

Les facteurs clés associés à ces anomalies étaient l'avancement de l'âge (plus la femme était âgée, plus le risque qu'elle présente une de ces anomalies ou davantage augmentait) et le fait d'avoir déjà eu une charge virale élevée (100 000 copies/ml ou plus).

Accent sur les anomalies spécifiques et d'autres facteurs reliés

Hormones thyroïdiennes

Les femmes qui avaient eu une charge virale élevée dans le passé et qui prenaient ce que les chercheurs appelaient des « médicaments psychoactifs » (pour traiter l'anxiété, la dépression, la psychose, les problèmes de sommeil, etc.) étaient plus susceptibles d'avoir des taux d'hormones thyroïdiennes anormaux. Il est important de ne pas mal interpréter cette observation comme un indice

que ces médicaments causent les problèmes de thyroïde. En fait, il est possible, voire probable, qu'au moins quelques-unes de ces femmes ayant des taux d'hormones thyroïdiennes anormaux souffraient de problèmes de santé mentale pour lesquels elles recevaient un traitement. Rappelons que les symptômes d'anomalies hormonales (sans égard à l'infection au VIH) peuvent inclure les problèmes de sommeil, l'anxiété et/ou la dépression. De plus, nous savons que ces médicaments ne causent généralement pas d'anomalies des hormones thyroïdiennes chez les personnes séropositives.

Glycémie

Les participantes plus âgées et en surpoids étaient plus susceptibles d'avoir de la difficulté à contrôler leur glycémie (un effet observé dans les cas de prédiabète et de diabète). On peut observer un problème semblable chez les femmes séronégatives plus âgées qui ont un surplus de poids.

Taux anormaux de cholestérol et de triglycérides

En général, à mesure que les gens vieillissent, ils éprouvent de la difficulté à maintenir des taux normaux de cholestérol et de triglycérides. La présente étude a confirmé que ces problèmes se produisent chez les femmes séropositives à mesure qu'elles vieillissent.

Points à retenir

Cette étude a été fondée sur des tests et des évaluations effectués à un seul moment dans le temps. On appelle cette sorte d'évaluation une analyse transversale; les analyses de ce genre sont utiles pour trouver des associations mais ne peuvent pas prouver de lien de cause à effet. Autrement dit, une analyse transversale ne pourrait jamais prouver qu'un événement quelconque a causé des conséquences particulières. Il n'empêche que les études transversales constituent souvent une étape utile durant l'exploration initiale d'une idée. Si une étude transversale découvre quelque chose qui suscite l'intérêt des chercheurs, ils peuvent se lancer dans le processus long et laborieux qui consiste à concevoir une étude plus rigoureuse puis à écrire et à soumettre une demande de subvention à une agence de financement dans l'espoir qu'elle l'évaluera favorablement. Or, selon des sources dans la communauté scientifique, la vaste majorité des demandes de subvention (environ 85 %) soumises aux principales agences de financement comme les Instituts de recherche en santé du Canada

(IRSC) ou les National Institutes of Health (NIH) des États-Unis ne sont pas acceptées, même si la recherche envisagée se rapporte à des enjeux biomédicaux complexes.

La capacité des chercheurs de la présente étude à extraire plus de valeur de leur analyse a également été minée par leur incapacité à déterminer si les problèmes hormonaux et métaboliques découverts étaient présents avant ou après l'arrivée de l'infection au VIH.

Un résultat important de cette étude réside dans la découverte d'une association entre une charge virale élevée dans le passé et un risque accru d'anomalies hormonales ou métaboliques. Ce lien intrigant doit être exploré dans une autre étude pour confirmer qu'il existe.

Au moment où cette étude se déroulait, seulement 40 % environ des participantes avaient une charge virale supprimée. Les chercheurs de Vancouver devraient envisager de mettre à jour leur analyse des charges virales et, s'ils découvraient que certaines femmes n'ont pas de charge virale inférieure à 50 copies/ml, ils devraient entreprendre une étude pour explorer les raisons possibles de cette lacune. Une telle étude serait utile aux cliniques, aux groupes communautaires et aux autorités de la santé qui cherchent des moyens d'aider les femmes de Vancouver à connaître l'amélioration de la santé qui suit l'atteinte d'une charge virale indétectable.

Les chercheurs ont également découvert que 52 % des femmes fumaient. Voilà un chiffre élevé. Comme le tabagisme est associé à de nombreux méfaits et à une réduction de la survie, une autre étude future à Vancouver pourrait explorer les moyens d'aider ces femmes à cesser de fumer.

RÉFÉRENCE :

Sokalski KM, Chu J, Mai AY, et al. Endocrine abnormalities in HIV-infected women are associated with peak viral load – the Children and Women: AntiRetrovirals and Markers of Aging (CARMA) Cohort. *Clinical Endocrinology* (Oxf). 2016 Mar;84(3):452-62.

E. Facteurs liés aux chutes chez les femmes d'âge moyen

Grâce à la grande accessibilité des combinaisons de médicaments anti-VIH puissants (TAR) au Canada

et dans les autres pays à revenu élevé, les personnes séropositives vivent plus longtemps de nos jours, et un grand nombre d'entre elles feront probablement de vieux os. Cependant, comme tout le monde, à mesure que les personnes séropositives vieillissent, leurs risques d'éprouver des complications liées à l'âge augmentent. Une telle complication est celle des chutes. Un événement inattendu de ce genre, où une personne perd son équilibre, glisse ou trébuche et tombe à terre (parfois en se heurtant contre un meuble), peut avoir de graves conséquences chez certaines personnes.

Des chercheurs d'un peu partout aux États-Unis ont interrogé 650 femmes d'âge moyen qui couraient un risque élevé de contracter le VIH, ainsi que 1 412 femmes séropositives, au sujet des chutes éventuelles survenues au cours des six mois précédents. L'équipe a également prélevé des échantillons de sang afin de les analyser. Les chercheurs ont constaté que les taux de chute étaient semblables, soit environ 19 %, peu importe le statut VIH. L'analyse de plusieurs facteurs a permis aux chercheurs de confirmer que l'infection au VIH n'était pas un facteur de risque de chute. En revanche, on a découvert que les facteurs suivants faisaient augmenter le risque de chute :

- âge plus avancé
- usage actuel de marijuana
- problèmes de mémoire et de cognition (problèmes neurocognitifs)
- nerfs endommagés dans les pieds, les jambes et/ou les mains (neuropathie périphérique)

Détails de l'étude

La Women's Interagency HIV Study (WIHS, prononcée comme le mot anglais *wise*) est une étude en cours qui suit la santé de femmes atteintes de l'infection au VIH ou à risque. On inclut des femmes séronégatives dans l'étude WIHS parce qu'elles viennent des mêmes collectivités que les participantes séropositives et servent de comparaison utile lorsqu'on effectue des tests de laboratoire et d'autres évaluations. Les femmes recrutées pour la WIHS viennent de cliniques situées dans les villes suivantes :

- Atlanta, Géorgie
- Birmingham, Alabama
- Brooklyn, New York
- Le Bronx, New York
- Chapel Hill, Caroline du Nord

- Chicago, Illinois
- Miami, Floride
- San Francisco, Californie
- Washington, D.C.

Au fil des années, les chercheurs affiliés à l'étude WIHS ont publié de nombreux rapports utiles sur la santé des femmes atteintes du VIH. L'une des forces de l'étude WIHS réside dans le fait qu'elle recrute des femmes de milieux socioéconomiques semblables. Dans ce rapport, nous nous concentrons sur les résultats se rapportant aux femmes séropositives.

Les participantes avaient le profil moyen suivant lors de leur admission à la WIHS :

- âge : 48 ans; la majorité des femmes (74 %) avaient entre 40 et 59 ans
- 37 % avaient des antécédents de sida
- nadir du compte de CD4+ : 274 cellules/mm³
- compte de CD4+ actuel : près de 600 cellules/mm³
- 65 % avaient une charge virale indétectable
- 49 % avaient une tension artérielle supérieure à la normale
- 19 % avaient le diabète de type 2
- 12 % avaient la co-infection au virus de l'hépatite C
- 11 % souffraient de dysfonction rénale

Autres problèmes de santé :

- 47 % étaient obèses
- 21 % avaient des nerfs endommagés dans les pieds, les jambes et/ou les mains
- 12 % avaient des problèmes de mémoire et de cognition (faculté de penser clairement)

En ce qui concerne la consommation de drogues/d'alcool et la santé mentale :

- 38 % fumaient actuellement du tabac
- 17 % utilisaient actuellement de la marijuana
- près de 90 % prenaient moins de trois breuvages alcoolisés par semaine
- 32 % avaient des symptômes de dépression

Les participantes prenaient des médicaments touchant le cerveau (appelés « médicaments SNC » par les chercheurs) dans les proportions suivantes :

- 27 % utilisaient des antidépresseurs
- 13 % utilisaient des anticonvulsivants

- 12 % utilisaient des sédatifs
- 10 % utilisaient des antipsychotiques
- 4 % utilisaient des relaxants musculaires

Résultats : la peur de tomber

Après avoir interrogé les femmes séropositives au sujet de leur peur de tomber, les chercheurs ont regroupé les réponses comme suit :

- aucune peur : 62 %
- un peu : 21 %
- moyen : 7 %
- très peur : 10 %

Voici la répartition des chutes signalées par les femmes en ce qui concerne les six mois précédents :

Aucune chute

- séropositives : 81 %
- séronégatives : 82 %

Une chute

- séropositives : 9 %
- séronégatives : 8 %

Deux chutes ou plus

- séropositives : 9 %
- séronégatives : 10 %

(Remarque : comme ces chiffres sont arrondis, la somme n'est pas forcément 100 %.)

Ces différences entre les taux de chutes chez les femmes séropositives et séronégatives ne sont pas significatives du point de vue statistique.

Facteurs de risque de chutes multiples

Compte tenu de plusieurs facteurs possibles, les chercheurs ont constaté que les enjeux de santé suivants étaient associés à un risque accru de tomber :

- âge entre 50 et 59 ans
- consommation actuelle et passée de marijuana
- problèmes neurocognitifs
- nerfs endommagés dans les pieds, les jambes et/ou les mains
- usage de médicaments SNC touchant le cerveau (plus le nombre de tels médicaments était élevé, plus le risque de chute augmentait)
- diabète de type 2

Les facteurs suivants n'ont *pas* été associés à un risque accru de chute :

- infection au VIH
- compte de CD4+
- charge virale
- médicaments anti-VIH spécifiques (notons, par exemple, que l'éfavirenz, vendu sous les noms Sustiva et Stocrin et présent dans Atripla, peut causer des étourdissements et de nombreux autres effets secondaires d'ordre cérébral)

Comparaison et contraste

Les chercheurs ont souligné que près du tiers des personnes séronégatives âgées faisaient des chutes chaque année aux États-Unis. De plus, ils ont affirmé que « 10 % de ces chutes [provoquent] des blessures qui nécessitent un secours médical ». À titre de comparaison, les chercheurs ont fait valoir que, « parmi nos 198 participantes de 60 ans ou plus, environ 25 % ont fait état [de chutes survenues] au cours des six mois précédents ».

Points à retenir

1. Les chutes et leurs conséquences, dont les fractures osseuses dans certains cas, font partie d'un groupe de problèmes que les chercheurs appellent des « syndromes gériatriques ». Il s'agit d'affections/problèmes relativement répandus parmi les personnes âgées. Selon l'équipe WIHS, les syndromes gériatriques sont « associés à des conséquences défavorables, y compris l'incapacité, la fragilité, la réduction de la qualité de vie, la perte de l'autonomie et [un risque accru de mortalité] ».

Comme les personnes séropositives ont tendance à avoir une densité osseuse réduite, les chutes pourraient accroître leur risque de fractures.

2. L'analyse WIHS a trouvé un lien entre la consommation de drogues qui touchent le cerveau et un risque accru de chutes. D'autres études menées auprès de personnes séronégatives âgées ont permis d'observer la même association entre drogues et chutes.
3. Cette étude était fondée sur l'autodéclaration des chutes survenues au cours des six mois précédents par les participantes elles-mêmes. Il est possible que certaines participantes aient

sous-estimé le nombre de leurs chutes car certaines d'entre elles avaient des problèmes de mémoire.

4. Il aurait été utile que les responsables de cette étude aient recueilli des données sur d'autres facteurs couramment associés aux chutes, tels que les antécédents des affections suivantes :
 - problèmes de vue
 - AVC
 - crise cardiaque
 - hypotension orthostatique (baisse soudaine de la tension artérielle qui se produit lorsqu'une personne se redresse, se lève ou sort du lit rapidement et qui provoque une sensation d'étourdissement et de vertige, une vue brouillée et une perte de connaissance)
5. Les chercheurs n'ont analysé que les données recueillies au sujet des chutes survenues depuis six mois dont les participantes se souvenaient. L'équipe WIHS a commencé à interroger les participantes au sujet des chutes en 2014. Il serait utile si, à l'avenir, les chercheurs continuaient à documenter les chutes et à surveiller les changements éventuels qui se produisent au fil du temps. Une telle documentation serait d'autant plus utile que le nombre de personnes séropositives qui vieillissent ne cesse d'augmenter.
6. Les chercheurs affirment avoir déterminé « plusieurs facteurs de risque de chute modifiables, y compris l'usage de plusieurs médicaments agissant dans le SNC et la consommation de drogues/d'alcool, lesquels pourraient devenir des cibles importantes des efforts visant la prévention des chutes chez les femmes vieillissantes ».

RÉFÉRENCE :

Sharma A, Hoover DR, Shi Q, et al. Falls among middle-aged women in the Women's Interagency HIV Study. *Antiviral Therapy*. 2016; *in press*.

F. La réponse au vaccin anti-VPH est meilleure chez les femmes ayant une charge virale indétectable

Le virus du papillome humain (VPH) est un microbe courant qui se transmet par voie sexuelle. Il existe de nombreuses souches du VPH qui peuvent causer des complications différentes, telles que les verrues anales et génitales, les cancers du col de l'utérus, de la vulve et de l'anus, ainsi que les cancers de la gorge et de la langue.

Les trois vaccins anti-VPH suivants ont été homologués :

- Cervarix : protège contre les souches 16 et 18 du VPH (cause possible des cancers du col de l'utérus et de l'anus)
- Gardasil : protège contre les souches 6 et 11 du VPH (cause possible des verrues génitales et anales), ainsi que les souches 16 et 18
- Gardasil 9 (vaccin le plus récent) : protège contre une large gamme de souches du VPH, dont les suivantes : 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58

Les tests effectués auprès d'hommes et de femmes séronégatifs ont révélé que tous ces vaccins sont efficaces. Il existe cependant moins de données sur leur innocuité et leur efficacité chez les femmes séropositives.

Une équipe de chercheurs d'un peu partout au Canada a travaillé à un essai clinique sur Gardasil en collaboration avec le Réseau canadien pour les essais VIH de l'IRSC. Cette équipe a publié les résultats de cette étude menée auprès de 310 femmes séropositives. Les chercheurs ont trouvé que ce vaccin était sans danger. De plus, l'organisme des femmes dont la charge virale en VIH était indétectable au moment où elles recevaient la première des trois injections de Gardasil a produit une quantité considérablement plus élevée d'anticorps contre le VPH que celui des femmes dont la charge virale n'était pas indétectable.

Les chercheurs affiliés à cette étude encouragent les médecins et les infirmières à envisager d'administrer Gardasil lorsque la charge virale en VIH des patientes est devenue indétectable, afin d'« optimiser » la réponse au vaccin.

Détails de l'étude

Les chercheurs ont inscrit des participantes entre 2008 et 2012.

Les 310 femmes avaient le profil moyen suivant au moment de leur admission à l'étude :

- âge : 38 ans
- principaux groupes ethnoraciaux : Noires – 44 %; Blanches – 36 %; Autochtones – 13 %
- temps écoulé depuis le diagnostic de VIH : huit ans
- compte de CD4+ : 510 cellules/mm³
- proportion de femmes ayant une charge virale inférieure à 50 copies/ml : 72 %

Au début de l'étude, les participantes ont reçu une dose de Gardasil par injection intramusculaire (injection dans un muscle). Les doses subséquentes ont été administrées deux mois et six mois plus tard.

Il est important de souligner que Gardasil n'est pas un vaccin vivant; il est fabriqué à partir de protéines extraites du VPH. Ce vaccin ne peut pas causer l'infection au VPH.

Que s'est-il passé chez les participantes?

Comme lors de tous les essais cliniques, certaines participantes ont déménagé, d'autres ont perdu de l'intérêt pour l'étude et d'autres encore ont cessé de se rendre à la clinique où l'étude se déroulait. En tout, 310 participantes ont reçu au moins une dose de Gardasil. Un groupe moins nombreux, soit 277 (89 %) participantes, ont reçu les trois doses du vaccin. Sur ce nombre, 272 n'avaient pas d'anticorps anti-VPH ou de matériel génétique d'au moins une des souches du virus ciblées par le vaccin au début de l'étude. Cela indique que ces femmes n'étaient sans doute pas infectées par les souches du VPH en question au début de l'étude.

Résultats

Après le septième mois de l'étude, la proportion de femmes ayant des anticorps contre les protéines anti-VPH présentes dans Gardasil était de 90 % et s'élevait jusqu'à 98 % dans certains cas (selon la protéine représentant une souche particulière du VPH). Voici la répartition des femmes en fonction

des anticorps qu'elles avaient contre des souches spécifiques du VPH :

- VPH 6 : 93 % des femmes avaient des anticorps
- VPH 11 : 94 % des femmes avaient des anticorps
- VPH 16 : 98 % des femmes avaient des anticorps
- VPH 18 : 67 % des femmes avaient des anticorps

Réussite des vaccins

En général, les chercheurs ont constaté que les femmes séropositives avaient une quantité considérablement plus élevée d'anticorps anti-VPH, comparativement aux données recueillies lors d'essais cliniques menés chez des femmes séronégatives. L'exception résidait dans les anticorps contre la souche 18 du VPH, dont le nombre était moins élevé chez les femmes séropositives que chez les femmes séronégatives inscrites aux essais précédents.

L'équipe a également constaté que les femmes séropositives dont la charge virale en VIH était supprimée au moment de la vaccination connaissaient subséquemment une meilleure réponse à Gardasil. Le lien entre la suppression de la charge virale en VIH et la réponse à Gardasil existait indépendamment du compte de cellules CD4+ des participantes.

Innocuité

Les infirmières observaient les participantes pendant 30 minutes après chaque vaccination afin de remarquer tout effet secondaire éventuel qui risquait de se produire immédiatement. De plus, les participantes recevaient un coup de fil 48 heures après chaque vaccination afin de pouvoir discuter de leurs effets secondaires, le cas échéant.

Un total de 36 % des participantes ont signalé un effet secondaire ou davantage lié au vaccin, dont les plus courants se répartissaient comme suit :

- douleur au site de l'injection : 30 %
- rougeur au site de l'injection : 6 %
- enflure au site de l'injection : 6 %

Des effets secondaires touchant d'autres parties du corps ont été signalés dans les proportions suivantes :

- 20 % des participantes ont éprouvé des maux de tête, de la fièvre et de la fatigue clairement attribuables à la vaccination

Il est important de souligner que *tous* les effets secondaires ont été temporaires et se sont résorbés sans aucune conséquence grave.

Deux femmes sont mortes au cours de l'étude. Un décès a été causé par une surdose de drogue 129 jours après la troisième vaccination; survenu 22 jours après la troisième vaccination, l'autre décès a été causé par une maladie liée au sida appelée LMP (leucoencéphalopathie multifocale progressive). Une enquête a révélé que le vaccin anti-VPH n'était pas associé à ces décès.

Un total de 41 femmes ont vécu des grossesses au cours de cette étude de quatre ans. Voici les résultats de ces grossesses :

- 23 naissances de bébés vivants
- 16 femmes ont mis fin à leur grossesse
- 4 fausses couches
- dans un cas les chercheurs n'étaient pas au courant du résultat

Le vaccin n'a été lié à aucun effet indésirable quant à l'évolution de la grossesse ni à aucune anomalie congénitale.

Points clés

Cette étude canadienne a révélé que Gardasil était sans danger et stimulait efficacement la production de grandes quantités d'anticorps contre les souches 6, 11, 16 et 18 du VPH chez les femmes séropositives.

Les femmes dont la charge virale en VIH était indétectable au moment de leur première vaccination de Gardasil avaient subséquemment un nombre considérablement plus élevé d'anticorps anti-VPH que les femmes dont la charge virale en VIH n'était pas indétectable au moment de la première vaccination. Ce résultat a incité l'équipe de recherche à encourager les médecins et infirmières à aider leurs patientes séropositives à atteindre une charge virale indétectable avant de commencer le processus de vaccination anti-VPH.

Ressource:

Le VPH, la dysplasie cervicale et le cancer du col utérin — Feuillet d'information de CATIE

RÉFÉRENCE :

Money DM, Moses E, Blitz S, et al. HIV viral suppression results in higher antibody responses in HIV-positive women vaccinated with the quadrivalent human papillomavirus vaccine. *Vaccine*. 2016 Sep 14;34(40):4799-806.

G. La vaginose bactérienne mise en contexte

Il est normal qu'une variété de bactéries et qu'une faible quantité de champignons soient présents dans le vagin. Cependant, chez certaines femmes, il peut se produire un déséquilibre dans la quantité de bactéries vaginales, et une affection appelée vaginose bactérienne (VB) peut s'ensuivre. La VB peut causer des symptômes ou pas, selon le cas. Selon la Mayo Clinic, les symptômes suivants sont associés à la VB :

- liquide mince blanchâtre ou verdâtre qui sort du vagin
- odeur de poisson provenant du vagin
- démangeaisons vaginales
- sensation de brûlure en urinant

Les femmes qui éprouvent de tels symptômes devraient consulter leur médecin pour une évaluation. Le médecin peut prélever un échantillon de liquide vaginal et l'envoyer au laboratoire pour être analysé.

Les facteurs de risque connus de VB incluent les suivants :

- le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels ou un nouveau partenaire sexuel
- les douches vaginales peuvent perturber l'équilibre normal des bactéries vaginales, mais les chercheurs ne s'accordent pas tous en ce qui concerne l'impact précis des douches vaginales sur le risque de VB

La VB peut avoir des répercussions importantes sur la santé des femmes, dont les suivantes :

- risque accru d'infections transmissibles sexuellement, y compris le VIH, l'herpès, la chlamydia et la gonorrhée

- risque accru de maladie inflammatoire pelvienne (MIP)
- risque accru d'accouchement prématuré chez les femmes enceintes

Les traitements courants de la VB incluent les suivants :

- comprimés de métronidazole (Flagyl) par voie orale
- gel de métronidazole appliqué dans le vagin
- crème de clindamycine appliquée dans le vagin

Pour en savoir plus sur le diagnostic et le traitement de la VB, consultez *Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques dans les lignes directrices canadiennes sur les ITS* :

<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-4-8-fra.php>

H. La vaginose bactérienne : quelques enjeux de la recherche

Comme nous l'avons mentionné plus tôt dans ce numéro de *TraitementActualités*, la vaginose bactérienne (VB) est la conséquence d'un déséquilibre des bactéries vivant dans le vagin.

Pistes de recherche émergentes

Quand on compare la VB à de nombreuses autres affections, on dirait que la recherche à ce sujet avance plus lentement. Malgré cette lenteur, quelques thèmes sont en train d'émerger de la recherche sur la VB. Nos lecteurs devraient noter que ces idées sont préliminaires et à l'étude; il est donc possible qu'elles ne soient pas largement acceptées par les médecins qui étudient et soignent les femmes atteintes de VB.

Propagation probable de la VB

La cause et les déclencheurs du déséquilibre des bactéries vaginales qui caractérisent la VB ne sont pas clairs. Certaines recherches portent à croire que la VB est transmise sexuellement, le facteur de risque le plus important étant les relations sexuelles avec un nouveau partenaire. On a également associé des épisodes récurrents de VB aux relations sexuelles

avec le même partenaire. De plus, les femmes ayant des relations hétérosexuelles qui se sont remises d'un épisode de VB sont moins susceptibles de revivre ce problème si leur partenaire masculin utilise un condom.

S'agit-il d'un seul microbe ou plusieurs?

Certains chercheurs croient qu'une seule sorte de bactérie, soit *G. vaginali*, joue un rôle fondamental dans la VB. D'autres chercheurs pensent que plusieurs bactéries travaillent ensemble pour se créer un milieu plus favorable dans le vagin, causant ainsi la VB.

Réseaux sexuels

À en croire certaines études, le risque de VB serait plus élevé chez les femmes d'ascendance africaine et chez les femmes blanches ayant des relations sexuelles avec des hommes d'ascendance africaine. Les chercheurs ne sont pas certains des raisons de ce lien mais ils se doutent que les bactéries à l'origine de la VB sont présentes dans certains réseaux sexuels.

Enjeux liés au traitement

Les traitements recommandés aux femmes éprouvant des symptômes de la VB incluent les suivants :

- comprimés de métronidazole (Flagyl) par voie orale tous les jours pendant une semaine
- gel de métronidazole par application intravaginale pendant cinq jours consécutifs
- crème de clindamycine par application intravaginale pendant sept jours

Ces traitements sont généralement efficaces dans 75 % à 85 % des cas. Cependant, la VB revient souvent (rechute) quelque temps après la fin du traitement.

Les chercheurs ne savent pas avec certitude pourquoi les rechutes sont fréquentes dans les cas de VB, mais ils croient que les bactéries qui causent la VB produisent une mince pellicule collante (au nom technique de biofilm) qui les aide à adhérer aux parois du vagin. Ce biofilm pourrait aussi leur conférer une certaine protection contre les antibiotiques.

Les scientifiques étudient plusieurs composés pour déterminer leur capacité de perturber le biofilm associé à la VB.

Bonnes bactéries

Les chercheurs étudient des souches de bactéries inoffensives et « amicales » vivant dans le corps. Ils sont en train de tester différentes combinaisons de bonnes bactéries (appelées probiotiques) prises sous forme de capsules orales. La plupart des essais cliniques sur les probiotiques menés chez des femmes atteintes de VB n'ont pas donné lieu à des taux élevés de guérison ou de prévention. Cependant, il est possible que l'on ait obtenu ces résultats décevants parce que, comme l'a dit un membre de l'équipe, les chercheurs ont testé des « candidats de probiotiques mal choisis ». La recherche émergente porte à croire que les nouvelles formulations de probiotiques, y compris celles contenant la bactérie *L. crispatus*, mériteraient d'être explorées dans le cadre d'essais cliniques bien conçus.

Traitement des partenaires

Comme la recherche émergente semble indiquer que la VB est transmise sexuellement, des essais cliniques conçus pour traiter à la fois la femme touchée et son partenaire pourraient constituer un pas en avant utile. Dans le cas des relations sexuelles entre femmes et hommes, les chercheurs ne sont pas certains quelle partie du tractus génital masculin constitue la principale source (ou réservoir) de bactéries. S'il s'avérait que les bactéries résident seulement sur la peau du pénis, on pourrait utiliser des crèmes ou des gels pour traiter le partenaire masculin. Cependant, si le réservoir de bactéries causant la VB se trouvait à l'intérieur du pénis ou dans d'autres parties internes du tractus génital masculin, l'usage d'antibiotiques oraux serait peut-être une approche plus fructueuse à explorer.

À l'extérieur autant qu'à l'intérieur

De nombreuses habitudes et pratiques sont considérées comme des déclencheurs potentiels de la VB. Les chercheurs n'ont toutefois trouvé aucun lien clair entre l'apparition de la VB et l'exposition aux produits suivants :

- serviettes hygiéniques
- protège-slips

- aérosols
- poudres
- essuie-doigts

Certaines études ont associé les douches vaginales à un risque accru de VB. Notons que, lors de la majorité des études scientifiques en question, les chercheurs ont trouvé que « les femmes disaient faire des douches vaginales pour soulager des symptômes ou à des fins d'hygiène ». Par conséquent, il n'est pas clair si ces femmes avaient déjà la VB avant d'avoir recours aux douches vaginales. De plus, les chercheurs ont affirmé que « l'habitude de faire des douches vaginales est fortement liée aux comportements sexuels », de sorte qu'il est difficile de savoir si la VB est causée par la douche ou l'exposition sexuelle qui a lieu après la douche. Compte tenu de toutes les recherches menées, certains scientifiques sont d'avis que les douches vaginales pourraient être un cofacteur dans l'apparition de la VB chez les femmes, surtout celles ayant déjà un équilibre bactérien vaginal quelque peu anormal.

RÉFÉRENCES :

1. Muzny CA, Schwebke JR. Pathogenesis of bacterial vaginosis: Discussion of current hypotheses. *Journal of Infectious Diseases*. 2016. Aug 15;214 Suppl 1:S1-5.
2. Muzny CA, Schwebke JR. Biofilms: An underappreciated mechanism of treatment failure and recurrence in vaginal infections. *Clinical Infectious Diseases*. 2015 Aug 15;61(4):601-6.
3. Martin DH, Marrazzo JM. The Vaginal Microbiome: Current understanding and future directions. *Journal of Infectious Diseases*. 2016. Aug 15; 214 Suppl 1:S36-41.
4. Zozaya M, Ferris MJ, Siren JD, et al. Bacterial communities in penile skin, male urethra, and vaginas of heterosexual couples with and without bacterial vaginosis. *Microbiome*. 2016 Apr 19;4:16.
5. Bradshaw CS, Sobel JD. Current treatment of bacterial vaginosis—limitations and need for innovation. *Journal of Infectious Diseases*. 2016 Aug 15;214 Suppl 1:S14-20.

I. La vaginose bactérienne chez les femmes séropositives et séronégatives

Des équipes de recherche aux États-Unis étudient depuis longtemps les enjeux de la santé touchant les femmes atteintes du VIH et celles à risque dans le cadre de la Women's Interagency HIV Study (WIHS, prononcé comme le mot anglais *wise*). Les analyses de la WIHS ont donné lieu à des

nombreux rapports utiles au fil des années. Une récente analyse s'est concentrée sur le diagnostic de la VB chez 3 730 femmes (dont 964 séronégatives et 2 766 séropositives). Ces femmes ont été suivies pendant environ 11 ans. Au cours de l'étude, 55 % des femmes séronégatives et 47 % des femmes séropositives ont reçu un diagnostic de VB, soit une différence significative du point de vue statistique. Les chercheurs ont également trouvé que 43 % des femmes traitées pour la VB ont vécu une récurrence en l'espace d'un an. Le statut VIH des femmes n'a pas joué de rôle à cet égard.

Les chercheurs WIHS ont souligné que les femmes inscrites à leur étude étaient « insatisfaites des traitements actuels »; par conséquent, ils encouragent les médecins qui soignent des femmes atteintes de VB à envisager les possibilités suivantes :

- dépistage de la VB à domicile (on envoie ses échantillons de liquide vaginaux au laboratoire)
- usage de probiotiques pour aider à réduire la récurrence de la VB
- dispensation d'antibiotiques avant toute récurrence de la VB afin que les patientes puissent « s'en servir lorsque les symptômes reviennent afin de minimiser le retard nécessaire pour [consulter un médecin] ».

RÉFÉRENCE :

Massad LS, Evans CT, Kang R, et al. Correlates of bacterial vaginosis over long-term follow-up: Impact of human immunodeficiency virus infection. *AIDS Research and Human Retroviruses*. 2016; *in press*.

Déni de responsabilité

Toute décision concernant un traitement médical particulier devrait toujours se prendre en consultation avec un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) qui a une expérience des maladies liées au VIH et à l'hépatite C et des traitements en question.

CATIE fournit des ressources d'information aux personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C qui, en collaboration avec leurs prestataires de soins, désirent prendre en mains leurs soins de santé. Les renseignements produits ou diffusés par CATIE ou auxquels CATIE permet l'accès ne doivent toutefois pas être considérés comme des conseils médicaux. Nous ne recommandons ni n'appuyons aucun traitement en particulier et nous encourageons nos utilisateurs à consulter autant de ressources que possible. Nous encourageons vivement nos utilisateurs à consulter un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) avant de prendre toute décision d'ordre médical ou d'utiliser un traitement, quel qu'il soit.

CATIE s'efforce d'offrir l'information la plus à jour et la plus précise au moment de mettre sous presse. Cependant, l'information change et nous encourageons les utilisateurs à s'assurer qu'ils ont l'information la plus récente. Toute personne mettant en application seulement ces renseignements le fait à ses propres risques. Ni CATIE ni aucun de ses partenaires ou bailleurs de fonds, ni leurs personnels, directeurs, agents ou bénévoles n'assument aucune responsabilité des dommages susceptibles de résulter de l'usage de ces renseignements. Les opinions exprimées dans le présent document ou dans tout document publié ou diffusé par CATIE ou auquel CATIE permet l'accès ne reflètent pas nécessairement les politiques ou les opinions de CATIE ni de ses partenaires ou bailleurs de fonds.

La permission de reproduire

Ce document est protégé par le droit d'auteur. Il peut être réimprimé et distribué dans son intégralité à des fins non commerciales sans permission, mais toute modification de son contenu doit être autorisée. Le message suivant doit apparaître sur toute réimpression de ce document : *Ces renseignements ont été fournis par CATIE (le Réseau canadien d'info-traitements sida). Pour plus d'information, veuillez communiquer avec CATIE par téléphone au 1.800.263.1638 ou par courriel à info@catie.ca.*

Crédits

Auteur
Révision
Traduction

Sean Hosein
RonniLyn Pustil
Alain Boutilier

© CATIE, vol. 28, n° 7
décembre 2016

ISSN 2369-9183

Numéro de catalogue du Centre de distribution de CATIE
ATI-60243F

(also available in English, ATI-60243E)

La production de cette revue a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada.

Que fait CATIE?

CATIE est la source d'information à jour et impartiale sur le VIH et l'hépatite C au Canada. Notre but est de partager les connaissances, les ressources et l'expertise avec les personnes vivant avec le VIH ou l'hépatite C, les communautés à risque, les fournisseurs de soins de santé et les organismes communautaires afin de diminuer la transmission des virus et d'améliorer la qualité de vie.

Depuis plus de 20 ans, CATIE travaille à fournir de l'information qui permet aux personnes de faire des choix avisés concernant leur santé et aide les fournisseurs de soins de santé et autres organismes de première ligne à répondre aux besoins de leurs clients.

CATIE fournit de l'information par le biais d'un site Web complet (www.catie.ca), de ressources électroniques et imprimées, de webinaires et d'autre apprentissage en ligne, d'une bibliothèque nationale de référence, de conférences régionales, d'abonnements à des bulletins électroniques et d'une ligne de renseignements sans frais confidentielle.

Les publications de CATIE

TraitementActualités

La publication scientifique vedette de CATIE traitant des récentes percées de la recherche et des traitements sur le VIH/sida et l'hépatite C. Abonnez-vous à TraitementActualités et recevez automatiquement un courriel vous avisant dès qu'un nouveau numéro est disponible en ligne ou contactez CATIE à 1.800.263.1638 pour recevoir votre abonnement par la poste.

Nouvelles CATIE

Nouvelles concises de CATIE sur le VIH et l'hépatite C.

Actualités infobépatiteC

Bulletin électronique de CATIE qui paraît toutes les deux semaines et met l'accent sur de l'information importante en matière de prévention, traitement et épidémiologie de l'hépatite C.

Un guide pratique du traitement antirétroviral

Cet ouvrage présente les dernières connaissances en matière de traitement, ainsi qu'une description du virus et du système immunitaire, des stades de l'infection au VIH, des tests utilisés pour évaluer l'état de santé et des médicaments anti-VIH.

Un guide pratique des effets secondaires des médicaments anti-VIH

Cet ouvrage fait le point sur les effets secondaires des traitements. En plus de décrire une gamme de problèmes allant de la perte de l'appétit aux troubles sexuels, le guide offre des conseils pour combattre et prévenir les effets secondaires.

Magazine Vision positive

Renseignements et opinions holistiques écrits par et pour des personnes vivant avec le VIH.

Feuillets d'information

Ces documents offrent un aperçu concis des troubles, des symptômes, des médicaments, des effets secondaires, des thérapies complémentaires, des vitamines et des plantes médicinales, entres autres.

Communiquez avec nous

Par courrier : info@catie.ca

Via le Web : www.catie.ca

Par téléphone : 416.203.7122

(sans frais) 1.800.263.1638

Par télécopieur : 416.203.8284

Via les médias sociaux : www.facebook.com/CATIEInfo;

www.twitter.com/CATIEInfo

par la poste : 555, rue Richmond Ouest,
bureau 505, boîte 1104
Toronto (Ontario) M5V 3B1
Canada