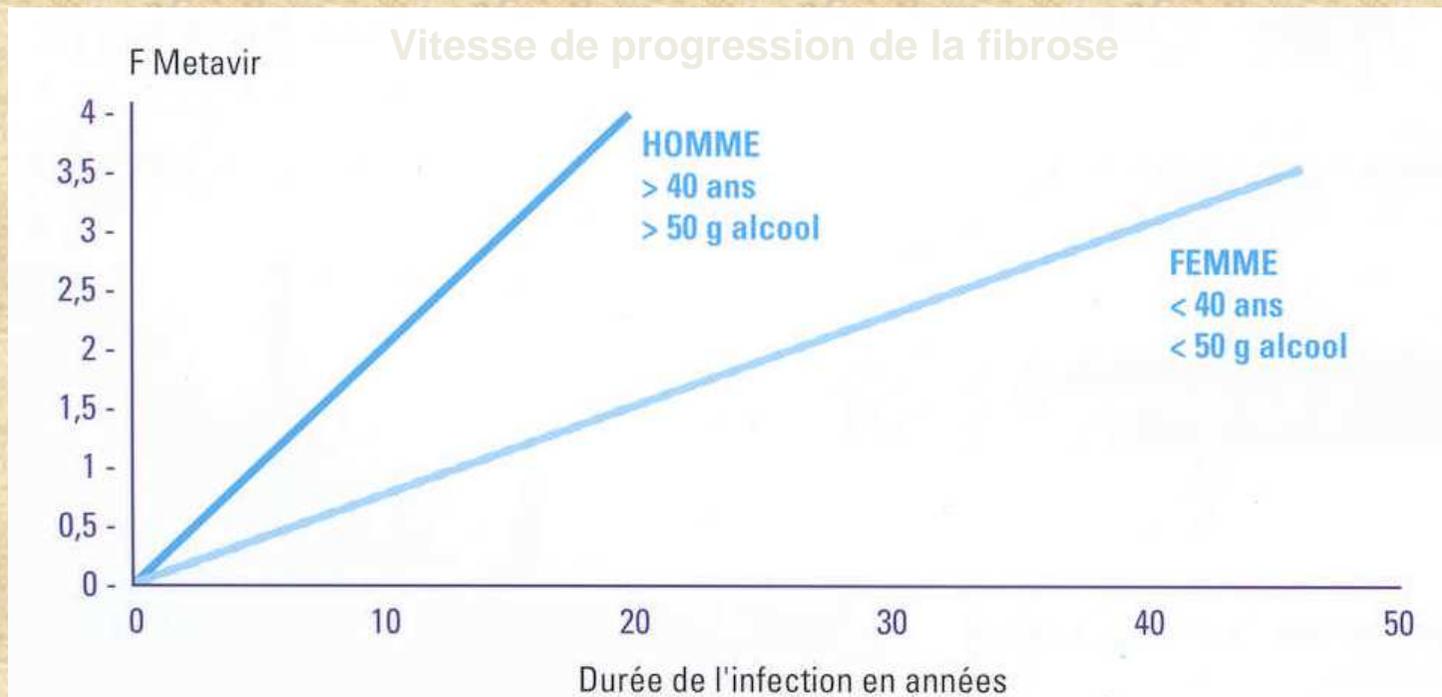


Prise en charge de l'hépatite C

Comorbidités

Facteurs de risques d'aggravation de la fibrose hépatique

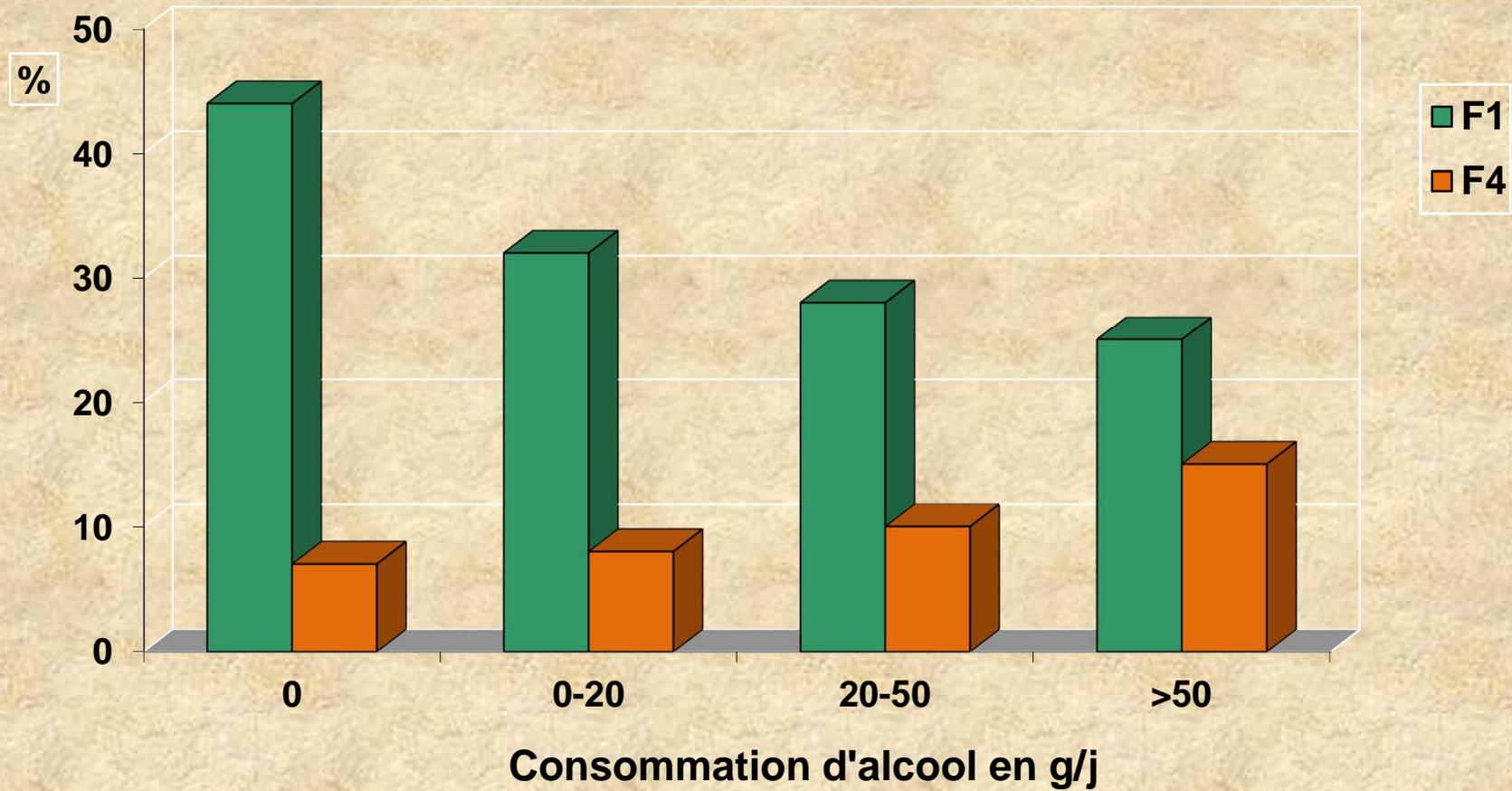
- Age > 40 ans (au moment de la contamination)
- Sexe masculin
- **Consommation d'alcool**
- **Surpoids – Obésité**
- Co-infection VIH



Consommation excessive d'alcool

- **La consommation d'alcool a un impact sur la progression de la fibrose hépatique**
- **La consommation excessive d'alcool a un impact sur le risque de carcinome hépatocellulaire**
- **L'alcool augmente le risque de décompensation et de décès chez les patients ayant une infection virale C**
- **La consommation modérée d'alcool (20 à 30 g/j) n'est pas une contre-indication au traitement anti-viral.**

VHC et Alcool: Consommation d'alcool et fibrose



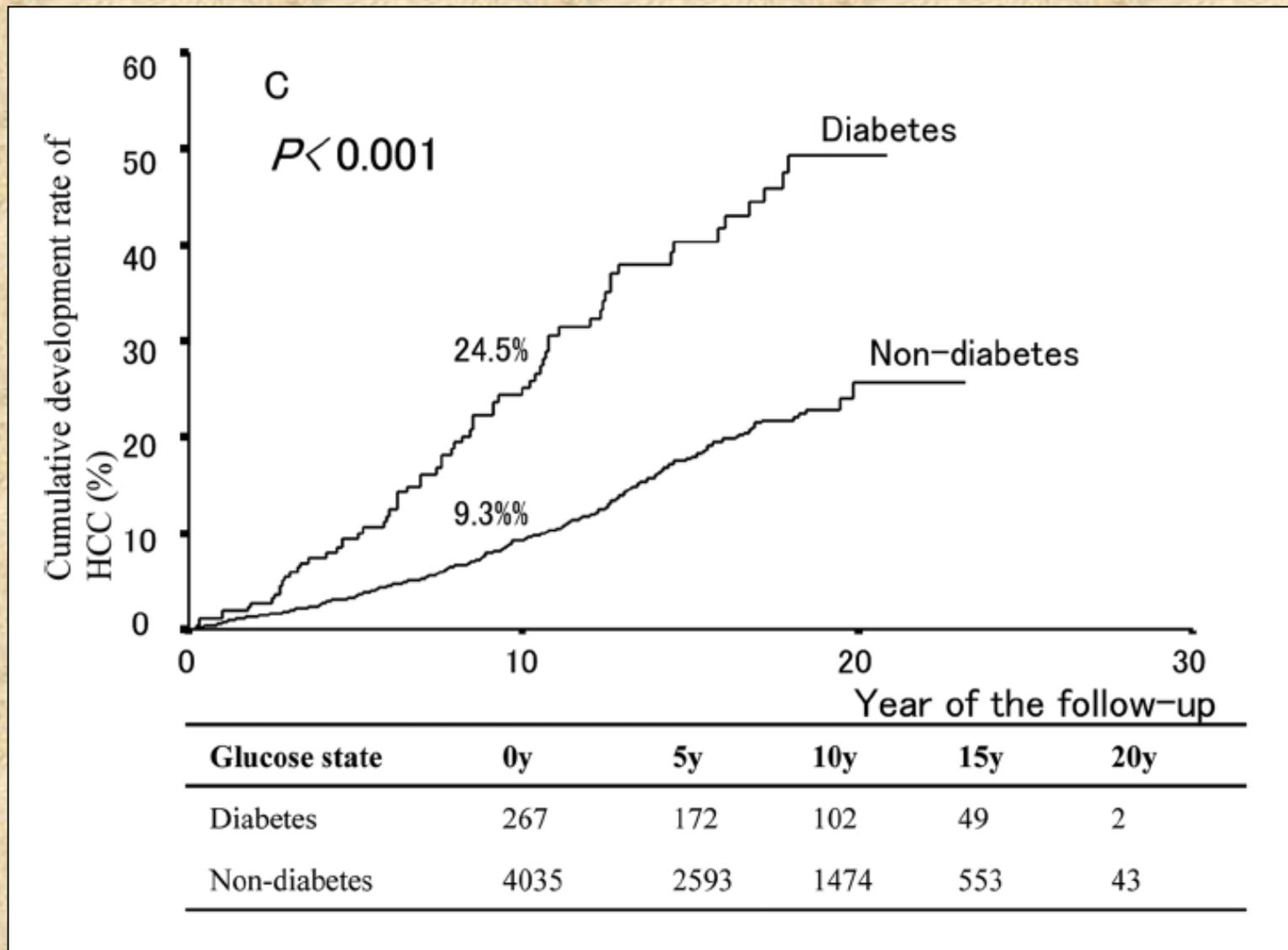
Syndrome métabolique

Chez les patients infectés par le VHC, la présence d'un syndrome métabolique:

- **Augmente la vitesse de propagation de la fibrose hépatique**
- **Augmente le risque de développer un carcinome hépatocellulaire**
- **Augmente le risque de décompensation de la cirrhose**
- **Augmente le risque de décès.**

L'infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) est associée à une augmentation de l'incidence de l'insulino-résistance et du diabète sucré.

Augmentation du risque de survenue d'un carcinome hépatocellulaire chez les patients avec hépatite C chronique et diabétiques



Principales recommandations

- **Rechercher systématiquement une consommation excessive d'alcool et un syndrome métabolique chez les patients ayant une infection par le VHC.**
- **Adresser les patients alcoolo-dépendants en consultation d'addictologie.**
- **Définir un parcours de soins complémentaire chez les patients ayant un syndrome métabolique:**
Consultation de diététique, , de diabétologie, de cardiologie.
- **Maintenir la surveillance de l'atteinte hépatique chez les patients consommateurs excessifs d'alcool et/ou ayant un syndrome métabolique après la guérison virologique de l'hépatite C**

Comorbidités psychiatriques et addictives chez les patients infectés par le virus de l'hépatite C

Fréquentes chez les patients infectés par les virus de l'hépatite C, notamment chez les UDIV.

Elles étaient une des causes majeures de non initiation ou d'interruption des anciens traitements de l'hépatite C à base d'interféron

Les antiviraux directs (AVD) actuellement utilisés, ne sont pas associés à la survenue de troubles psychiatriques.

Les pathologies psychiatriques préexistantes ne contre indiquent pas les traitements actuels de l'hépatite C, dès lors qu'elles ne compromettent pas l'observance.

Impact de l'annonce du diagnostic d'hépatite chronique C

Au-delà des troubles psychiatriques avérés, il est nécessaire de tenir compte de l'impact psychologique de l'annonce du diagnostic d'une maladie chronique.

Cette annonce du diagnostic est un événement anxiogène majeur

- > stress psychologique important**
- > perturbations de la qualité de vie**
- > facteur de risque pour l'émergence d'un épisode dépressif**

Qui s'accompagne souvent d'une altération de la qualité de vie.

- modifications des habitudes de vie**
- stigmatisations et difficultés sociales**

Usagers de drogues

Les traitements actuels de l'hépatite C par les AVD

- plus courts
- bien tolérés
- plus efficaces

Devraient faciliter l'accès au traitement et réduire le risque de transmission du VHC chez les UD.

Avec les mêmes schémas thérapeutiques et des taux de RVS identiques que chez les non UD ^(1,2,3) .

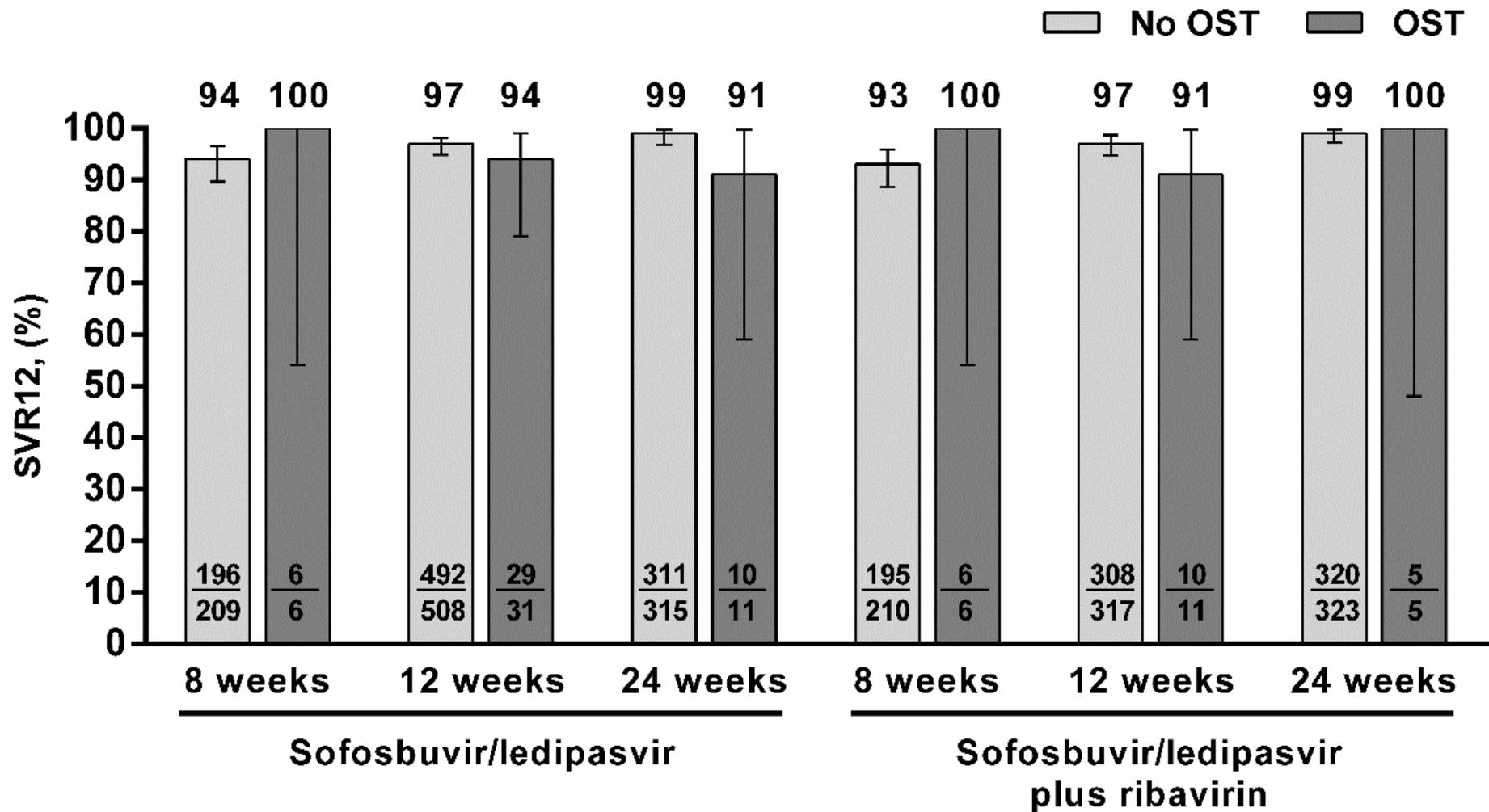
En général sans ajustement posologique de la méthadone ou de la buprénorphine.

1: Grebely J et al. *Clin Infect Dis*. First published online August 23, 2016doi:10.1093/cid/ciw580.

2: Lalezari J et al. *J Hepatol* 2015;63:364–369.

3: Dore G et al. *Hepatology* 2015;62 (Suppl 1):227A.

Sustained virologic response in patients receiving and not receiving OST following 8, 12, or 24 weeks of therapy with ledipasvir/sofosbuvir or ledipasvir/sofosbuvir plus ribavirin in the ION studies.



Grebely J et al. Efficacy and Safety of Ledipasvir/Sofosbuvir With and Without Ribavirin in Patients With Chronic HCV Genotype 1 Infection Receiving Opioid Substitution Therapy: Analysis of Phase 3 ION Trials Clin Infect Dis. First published online August 23, 2016doi:10.1093/cid/ciw580

Le taux de réinfection par le VHC est faible chez les UD qui poursuivent l'injection de drogue pendant et après le traitement

Table 1. Overview of Studies on Hepatitis C Virus Reinfection Following Treatment Among People Who Inject Drugs

Study	Country	Study Design	Geno-typing	Sequence Analysis	No.	Median Age at Treatment Start, y	% Male	IDU Pretreatment <6 mo	IDU Post treatment	Follow-up, Median (IQR)	PY Ever PWID/ PWID Who Continue	No. of Re-infections	Reinfection Rate (95% CI) per 100 PY Ever PWID/PWID Who Continue
Backmund et al, 2004 [8]	Germany	Pros	Yes	No	18	32	61	NA	9	Mean 2.8 (SD 0.8–5.1)	50.8/23.8	2	3.94 (0.48–14.22)/ 8.4 (1.02–30.36)
Dalgard et al, 2002 [11]	Norway	Pros	Yes	No	27	30	66	0	9	5.4 (1.1–6.8)	125.0/40.0	1	0.8 (0–5)/2.5 (0–14)
Currie et al, 2008 [10]	US	Pros	No	No	9	46 (mean)	88	NA	2	3.6 (3.2–6.0)	38.0/3.5	1	2.63 (0.07–14.66) 28.57 (0.72–159.19)
Grebely et al, 2010 [13]	Canada	Pros	Yes	Yes	35	44 (mean)	86	19	16	2.0 (0.4–5.0)	62.5/37.7	2	3.20 (0.39–11.56)/ 5.30 (0.64–19.16)
Bate et al, 2010 [9]	Australia	Pros	Yes	No	57	NA	NA	NA	NA	NA	NA	5	NA
Grady et al, 2012 [12]	Netherlands	Pros	Yes	Yes	42	51	73	5 ^a	11	2.5 (1.6–3.7) ^b	131.6/32.3	1	0.76 (0.04–3.73)/ 3.42 (0.17–16.90)
Grebely, 2012 [14]	Australia	Pros	Yes	Yes	88	36	72	33 ^a	NA	1.2 (0.1–3.0) ^b	108	5	4.7 (1.9–11.2)

Abbreviations: CI, confidence interval; IDU, injection drug use; IQR, interquartile range; NA, specific information was not available; Pros, prospective; PWID, people who inject drugs; PY, person-years.

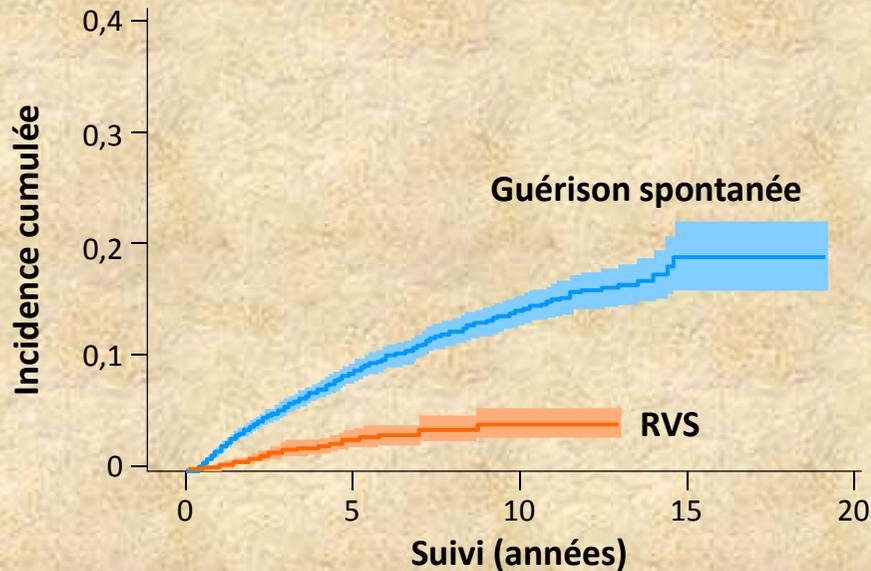
^a During treatment.

^b Follow-up from end of treatment.

Réinfection par le VHC : incidence et facteurs de risque

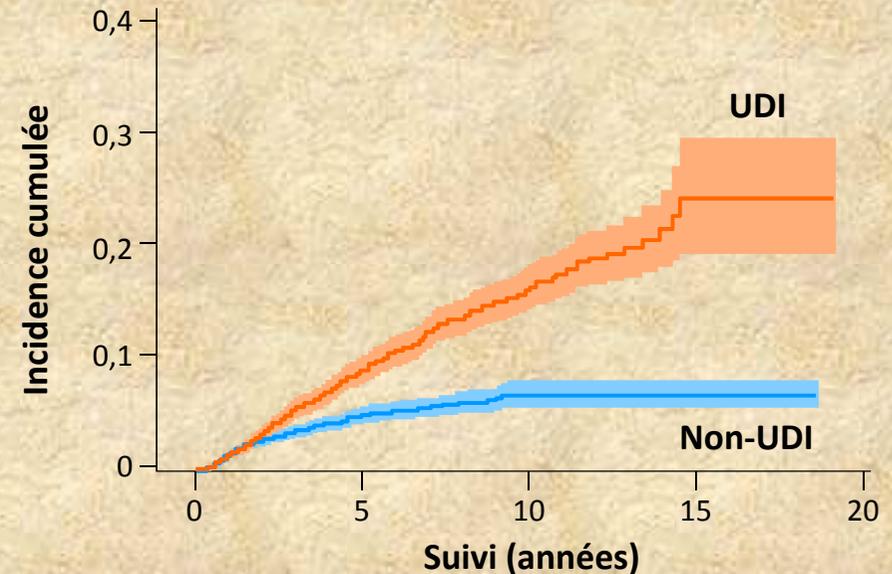
Incidence cumulée de la réinfection en fonction du type de guérison et de l'usage de drogues IV

Incidence cumulée en fonction du type de guérison



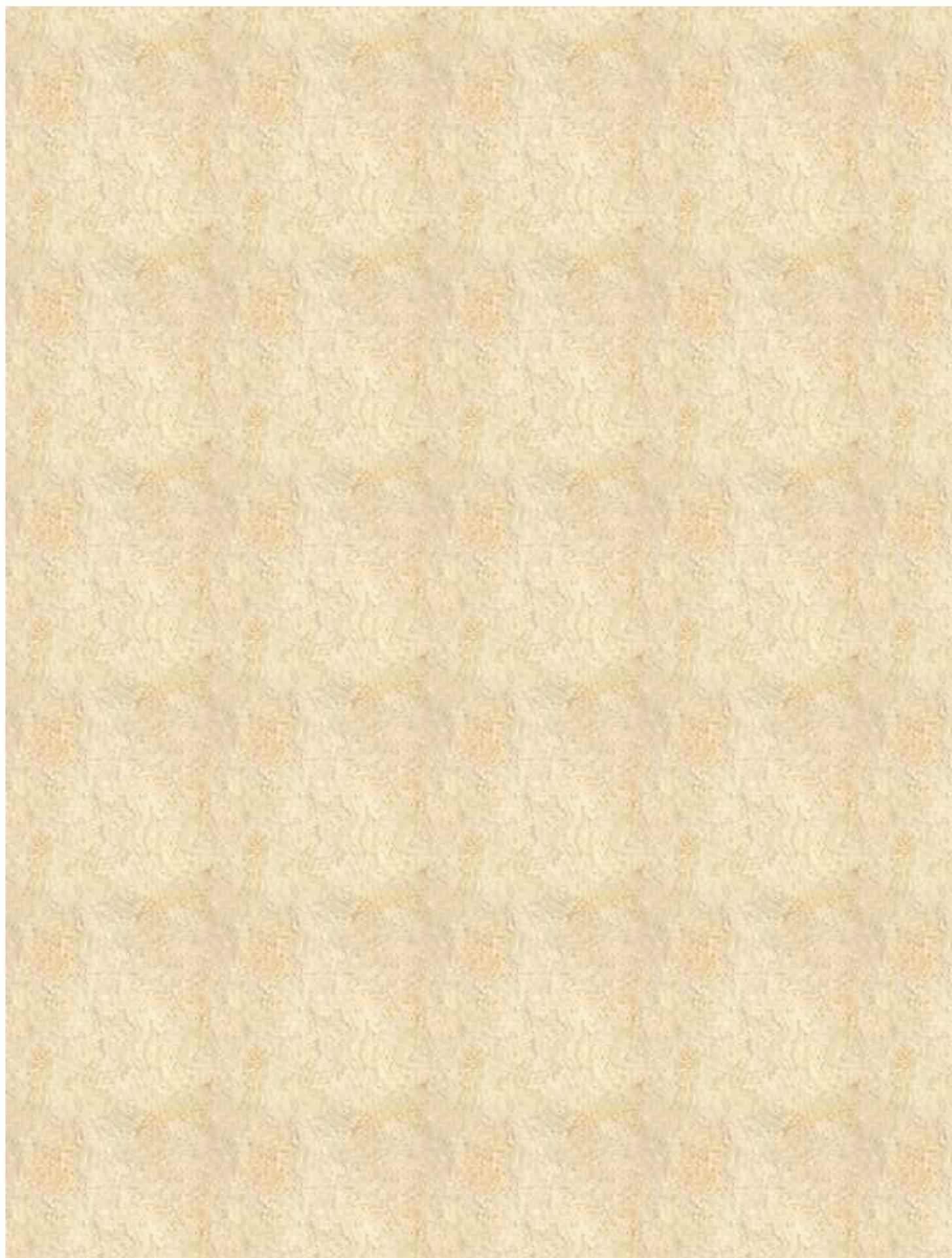
	Guérison spontanée	RVS
5 ans	9 % (8-10)	3 % (2-4)
10 ans	14 % (13-16)	4 % (3-5)
15 ans	19 % (16-22)	

Incidence cumulée en fonction de l'UDI



	UDI	Non-UDI
5 ans	9 % (8-10)	5 % (4-6)
10 ans	16 % (14-18)	7 % (6-8)
15 ans	24 % (19-30)	7 % (6-8)

- Le risque de réinfection par le VHC est plus élevé en cas de guérison spontanée et chez les UDI
- Les traitements de substitution et les interventions de santé mentale sont associés à un risque de réinfection plus faible chez les UDI



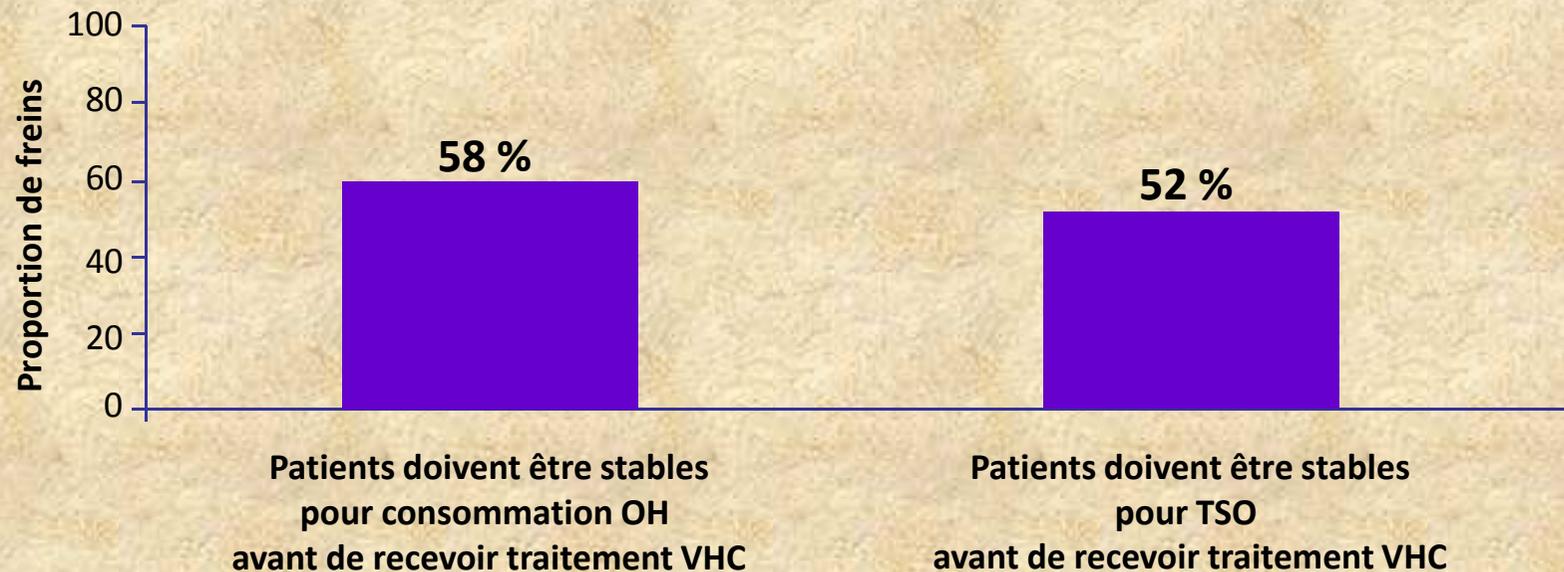
Les freins au parcours de soins chez les patients VHC sous TSO (1)

- Enquête internationale chez 203 praticiens

Caractéristiques des praticiens		Total (n = 203)
Type de service	Centre de substitution	31 (15 %)
	Clinique d'addiction	77 (38 %)
	Service traitant patients sous TSO (traitement substitutif opiacé)	41 (20 %)
	Autre institution traitant patients sous TSO	54 (26 %)
Localisation	Métropole majeure (> 500 000)	82 (40 %)
	Zone urbaine (> 100 000 et < 500 000)	59 (29 %)
	Banlieue ou grande ville (> 100 000)	26 (13 %)
	Petite ville (> 30 000 et < 100 000)	27 (13 %)
	Rurale ou petite ville (< 30 000)	9 (4 %)
Région	Etats-Unis	82 (40 %)
	Europe	92 (45 %)
	Canada/Australie	29 (14 %)
Spécialité	Addictologue	43 (21 %)
	Psychiatre addictologue	40 (20 %)
	Psychiatre	58 (29 %)
	Médecin généraliste/médecin interniste	53 (26 %)
	Autre	9 (4 %)

Les freins au parcours de soins chez les patients VHC sous TSO (2)

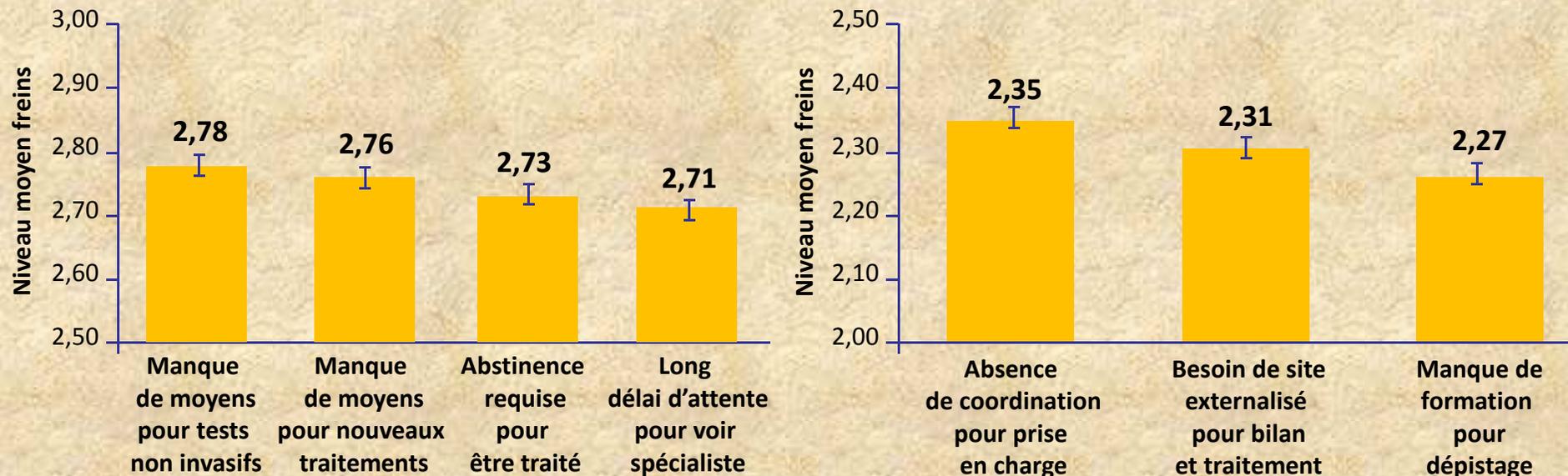
Freins au dépistage et au traitement



➔ Il faut intensifier l'éducation des médecins

Les freins au parcours de soins chez les patients VHC sous TSO (3)

Freins au dépistage, à l'évaluation et au traitement des systèmes de santé

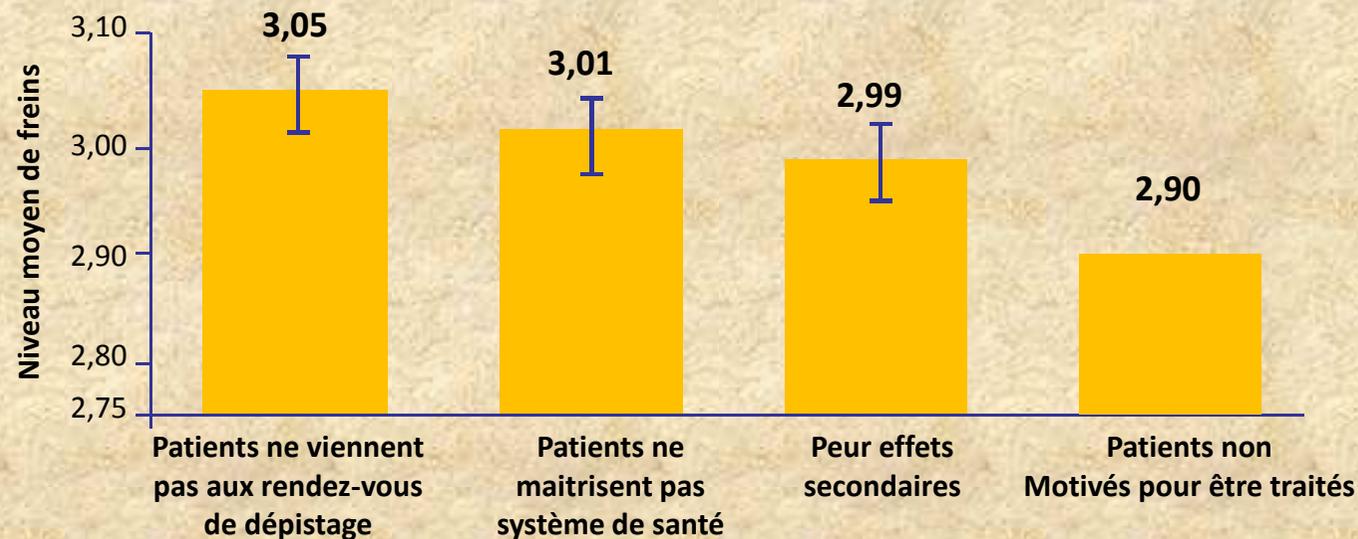


Echelle de cotation : 1 = pas de frein, 2 = frein minime, 3 = frein modéré, 4 = frein majeur, 5 = frein extrême

- ➔ **Nombreux problèmes de ressources humaines et de parcours de soin**
- ➔ **La solution : traiter les patients par les ressources médicales de proximité ?**

Les freins au parcours de soins chez les patients VHC sous TSO (4)

Freins des patients (évalués par les médecins) au dépistage et au traitement



Echelle de cotation : 1 = pas de frein, 2 = frein minime, 3 = frein modéré, 4 = frein majeur, 5 = frein extrême

➔ Il faut intensifier l'éducation de la population sur le VHC

La prise en charge de l'hépatite C dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les CAARUD est tout à fait possible.

Facilitée par la multi-disciplinarité des structures:

- travailleurs sociaux**
- éducateurs**
- psychologues**
- médecins addictologues, IDE**

Du dépistage (prise de sang, TROD, buvards), à l'évaluation de la Fibrose (Fibroscan) et au traitement, la prise en charge peut y être réalisée en totalité.

Intérêt des consultations d'hépatologie « avancées » sur site:

- En Languedoc – Roussillon, plusieurs CSAPA ont désormais une consultation d'hépatologie**

Co-infection par le VIH

- **L'infection par le VHC concerne 14 à 19% des personnes infectées par le VIH en France**
- **L'infection par le VIH aggrave le pronostic de l'hépatite chronique C.**
- **L'atteinte hépatique est une des premières causes de décès des patients co-infectés par le VIH et le VHC**
- **Le nombre d'hépatites C aiguës est en augmentation chez les HSH. Cette hépatite C aiguë est souvent associée à une infection par le VIH.**

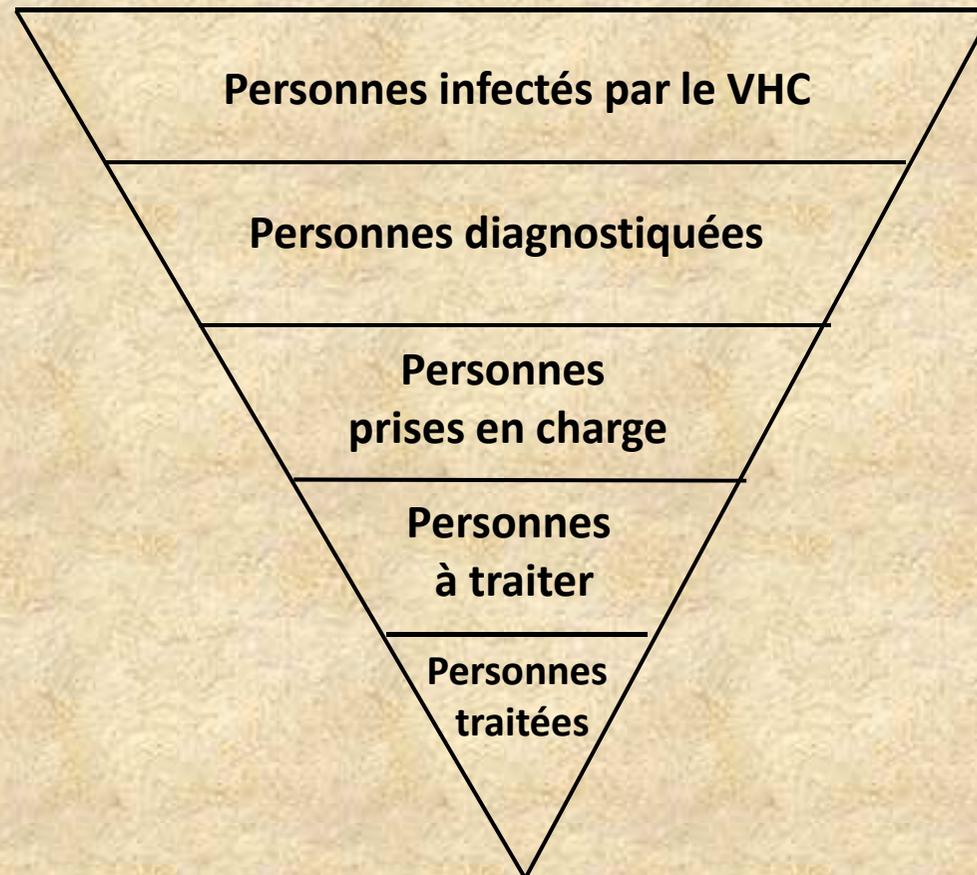
- **Tous les patients co-infectés VIH-VHC peuvent avoir accès au traitement antiviral C, quel que soit leur stade de fibrose hépatique.**
- **Avec les traitements actuels par anti-viraux directs , les schémas thérapeutiques sont les mêmes pour les patients mono-infectés VHC et co-infectés VIH-VHC.**
- **Il convient de bien analyser les éventuelles interactions entre le traitement anti rétroviral et traitement de l'hépatite C. (RCP dédiées co-infection)**
- **Les taux de guérison virologique sont les mêmes chez les co-infectés VIH-VHC que chez les mono-infectés VHC**

Parcours de santé : les enjeux

Offrir à tous les patients un parcours adapté et efficace

Du diagnostic au traitement et à l'après guérison

Sortir du schéma actuel



Evoluer vers le « test and treat » désormais envisageable

