

Co-infections VIH et hépatites

Quelles spécificités en 2023 ?

Dr H Aumaître
SMIT Perpignan

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

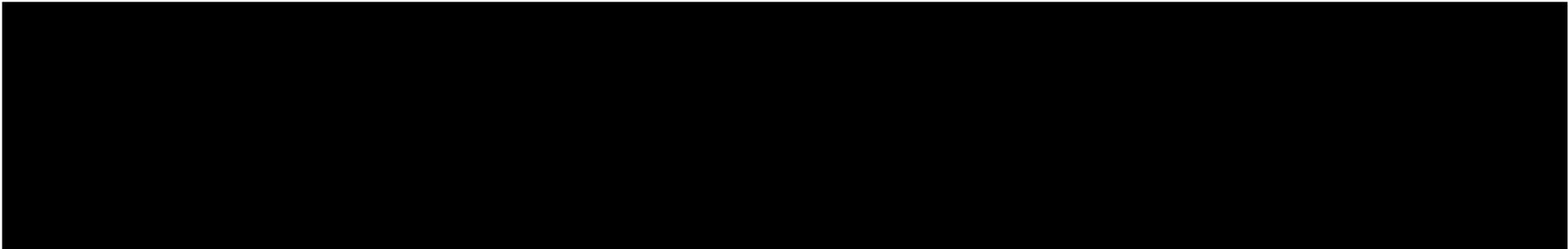
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Co-infections par
les virus des hépatites

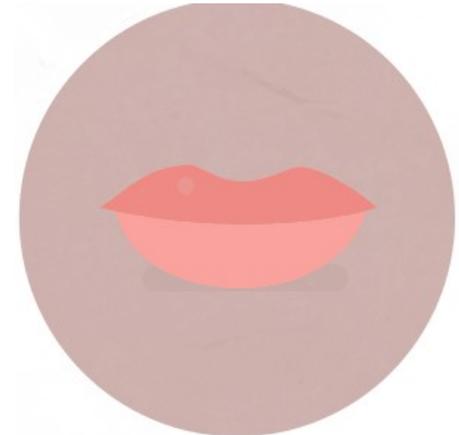
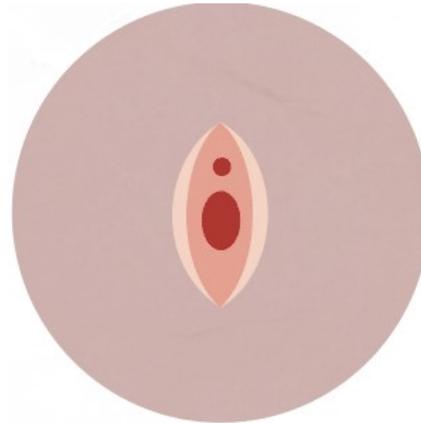
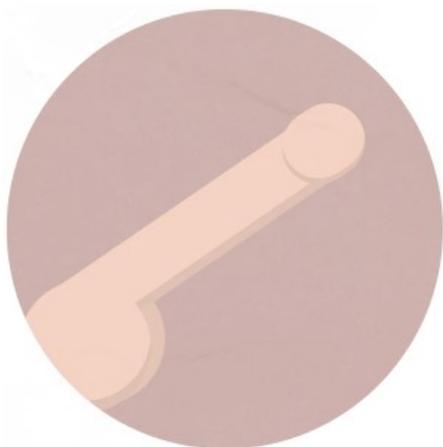
(mai 2017)

Situation épidémiologique

- Quasi-totalité HCV-VIH guéris de hépatite C
- Hépatite B: 5 à 10%. Contrôle sous traitement
- Mauvaise connaissance pour VHD (50% non testés ?)
- Hépatite A: vaccin recommandé

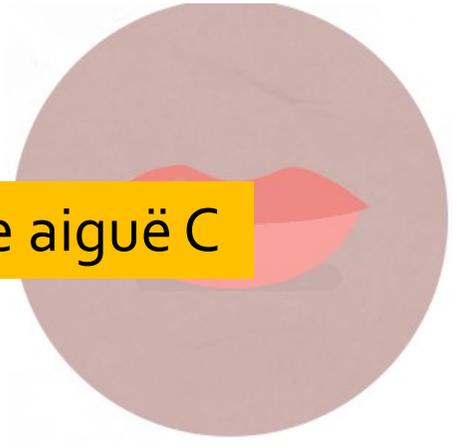


prévention

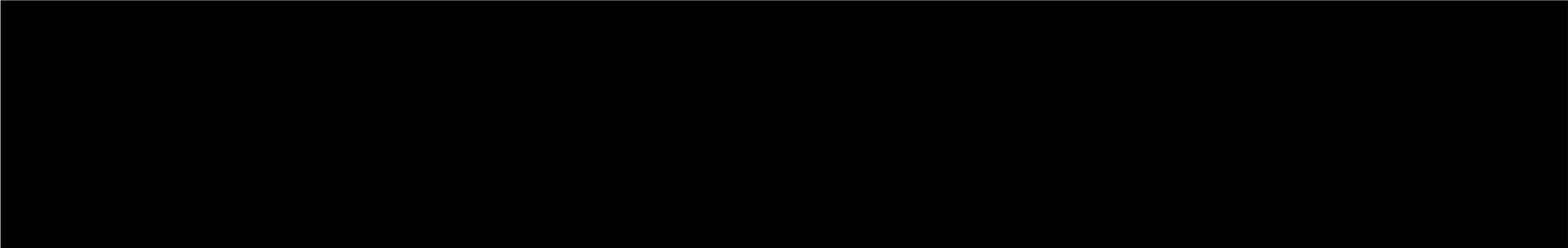




prévention



HCV et pratiques sexuelles: attention hépatite aiguë C



- Mais:

- cirrhoses post hépatite C

- cirrhoses NASH

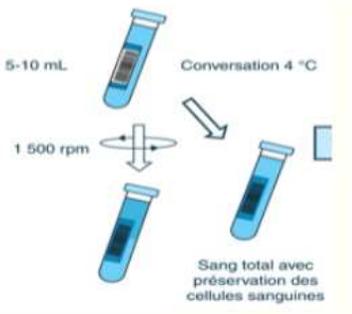
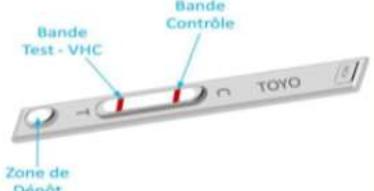
- hépatotoxicité iatrogène

Surveillance
Bio + ECHO

Modalités de diagnostic

- Les mêmes que chez le mono-infecté
- Suivi VIH régulier au moins annuel ou plus si prises de risque

COMMENT dépister ? Les outils

Bilan sanguin : sérologie	Buvards	TROD
 <p>5-10 mL 1 500 rpm Conversion 4 °C Sang total avec préservation des cellules sanguines</p>	 <p>Sensibilité = 98,1 % Spécificité = 99,7 %</p>	 <p>Bande Test - VHC Bande Contrôle Zone de Dépôt TOYO</p> <p>Sensibilité = 98,6-100 % Spécificité = 100 %</p>

Recommandations EASL 2018
Muzambo et al, Public Health, 2017 - Poiteau L et al., J Viral Hepat, 2016

Outil pour les actions « d'aller vers »

17

Evaluation de la gravité

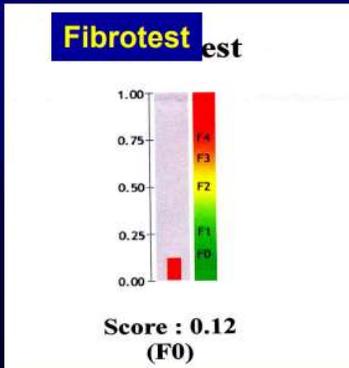
Co-infection VIH-VHB Evaluation de la fibrose hépatique



PBH

$$\text{FIB-4} = \text{AGE} \times \frac{\text{AST}}{\text{Plaquette} \times \sqrt{\text{ALT}}}$$

Elastométrie



Prudence sur les conclusions
des tests « indirects »

Tableau 1 : Fréquence des anomalies biologiques hépatiques selon les différents traitements antirétroviraux

Médicaments anti-rétroviraux		↑ ALAT grade 3 – 4 ¹	% maximum d'anomalies biologiques hépatiques ²	% maximum d'hépatites aiguës ³	↑ ALAT grade 3 – 4 d'après Livertox ^{®4}
Inhibiteurs nucléos(t)idiques de la transcriptase inverse (INTI)	Abacavir	6 %	3,4 %	0,7 %	6 %
	Didanosine	6 %	38,1 %	17 %	9 % ⁵
	Emtricitabine	2 – 5 %	-	-	Pas de données
	Lamivudine	3,7 – 3,8 %	44 %	12,5 %	Pas de données
	Tenofovir	4 %	11,1 %	-	Pas de données
	Zidovudine	4,1 %	44 %	26,3 %	Pas de données
Inhibiteurs non nucléos(t)idiques de la transcriptase inverse (INNTI)	Efavirenz	2 – 8 %	18,8 %	12,2 %	1 - 8 %
	Etravirine	2,6 %	-	3 %	2 - 3 %
	Nevirapine	5,3 – 14 %	47,1 %	37,5 %	4 - 20 %
	Rilpivirine	1,6 %	-	-	1 - 4 %
Inhibiteurs de protéase (IP)	Atazanavir	3 – 9 %	-	6 %	3 - 10 %
	Darunavir	5,6 – 6,9 %	-	0,5 %	3 - 10 %
	Fosamprenavir	4 – 8 %	-	7,7 %	3 - 10 %
	Indinavir	2,6 – 4,9 %	8 %	13 %	3 - 10 %
	Lopinavir	3 – 11 %	18,2 %	82 %	3 - 10 %
	Ritonavir	5,3 – 8,5 %	44 %	32,1 %	~15 % (dose thérapeutique)
	Tipranavir	9,7 %	-	11 %	3 - 10 %
Inhibiteur d'intégrase	Dolutegravir		-	-	2 - 5 % ⁵
	Elvitegravir		-	1 % ⁶	15 %
	Raltegravir	4 %	25 %	9 %	3 - 4 %
Inhibiteur d'entrée	Maraviroc	2,4 %	50 %	4,5 %	2.6 - 3.9 %
Inhibiteur de fusion	Enfuvirtide	5,4 – 6,2 %	-	-	% ≤ au bras contrôle

Traitement: pas de #ce/monoinfectés

- VHB: régime contenant du tenofovir ou du TAF
- VHD: bulevirtide même tolérance et efficacité
- VHC: - 8 ou 12 semaines pour majorité
- vérifier interactions potentielles

Traitement: pas de #ce/monoïnfectés

Interacting drug class, drug name	Effect on drug exposure	Recommended management			
		<i>Eplclusa</i> (SOF/VEL)	<i>Vosevi</i> (SOF/VEL/ VOX)	<i>Maviret</i> (GLE/PIB)	<i>Zepatier</i> (EBR/ GZR)
Tenofovir alafenamide	↑ Tenofovir – weak interaction, not clinically significant	No dose adjustment required	No dose adjustment required	No dose adjustment required	No dose adjustment required
Emtricitabine	No interaction expected	No dose adjustment required	No dose adjustment required	No dose adjustment required	No dose adjustment required
Lamivudine	No interaction expected	No dose adjustment required	No dose adjustment required	No dose adjustment required	No dose adjustment required
Entecavir	No interaction expected	No dose adjustment required	No dose adjustment required	No dose adjustment required	No dose adjustment required
Efavirenz	↓ VEL, VOX, GLE, PIB, EBR, GZR – potential clinically significant interaction	Co-administration is not recommended	Co-administration is not recommended	Co-administration is not recommended	Co-administration is contraindicated
Rilpivirine	No interaction expected	No dose adjustment required	No dose adjustment required	No dose adjustment required	No dose adjustment required
Atazanavir/ ritonavir	↑ VOX, GLE, EBR, GZR – potential clinically significant interaction	No dose adjustment required	Co-administration is not recommended	Co-administration is contraindicated	Co-administration is contraindicated
Darunavir/ ritonavir	↑ GLE, EBR, GZR – potential clinically significant interaction ↑ VOX – potential clinically significant interaction	No dose adjustment required	Max darunavir/ritonavir 800 mg/100 mg once daily	Co-administration is not recommended	Co-administration is contraindicated
Dolutegravir	No interaction expected	No dose adjustment required	No dose adjustment required	No dose adjustment required	No dose adjustment required
Elvitegravir/cobicistat in combination with tenofovir and emtricitabine		No dose adjustment required	No dose adjustment required	No dose adjustment required	Co-administration is not recommended
Raltegravir		No dose adjustment required	No dose adjustment required	No dose adjustment required	No dose adjustment required



Les patients chroniques

- VHB
 - contrôle régulier systématique/ cancer
- VHC guéris
 - surveillance fonction hépatique
 - contrôle facteurs agressifs/foie
 - surveillance survenue de cancer si >F2

Prévention

- HBV: schéma renforcé (4 double doses)
- HDV = HBV = vaccination
- Hépatite C: tester régulièrement (PCR si atcd)

Conclusions

- Un taux d'infection élevé mais une meilleure connaissance de statuts sérologiques
- Des traitements efficaces et bien codifiés
- Une prévention combinée: tester – traiter – informer
- Suivi attentif des patients chroniques