

REACTUP



*Le site à
fréquenter
avant de
baiser !*

Le VHC, prise en charge thérapeutique actuelle

Le [virus](#) de l'[hépatite C \(VHC\)](#) peut aboutir à une [infection](#) chronique du foie et entraîner à long terme des complications graves ([cirrhose](#), [carcinome hépatocellulaire](#)).

En France la [prévalence](#) du [VHC](#) est en diminution depuis le début des années 2000. Les dernières données issues de [Santé Publique](#) France en septembre 2019 font état d'une [prévalence](#) en France estimée à 0.3% en 2016, avec une fréquence plus importante chez les sujets de plus de 45 ans (0.51 % [versus](#) 0.08%) chez les usagers de drogues (12% [versus](#) 0.24) et chez les sujets avec ATCD de tatouage ou de piercing sans matériel à usage unique (2.55 [versus](#) 0.25%). Chez les [HSH](#) la [prévalence](#) sur cette période n'est pas plus importante ([HSH](#) 0.31 % vs 0.34). Chez les sujets ayant eu une [IST](#) dans les 12 mois la [prévalence](#) est de 0.46% vs 0.3% ([BEH](#) 24-25, 24 septembre 2019, Leila Saboni).

On estime que 25 892 personnes [5873-74474] auraient une [hépatite C](#) non diagnostiquée. D'où les [recommandations](#) de l'AFEF d'un [dépistage](#) universel avec à notre disposition une offre de [dépistage](#) élargie avec l'arrivée des tests diagnostiques rapides ([TROD](#)) pour le [VHC](#) depuis 2014.

Depuis 2014, 59000 patients ont bénéficié d'un traitement, 60 000 personnes restent à traiter si l'on veut atteindre les 120 000 personnes traitées d'ici 2022 qui est un des objectifs définis par le plan Stratégie Nationale de Santé (SNS) (Caroline Dessauce, [BEH](#) 24-25, 24 septembre 2019).

Depuis fin 2013 avec l'arrivée des antiviraux à action directs (AAD), les traitements de l'[hépatite C](#) ont beaucoup progressé, permettant 95% de guérison avec des durées de traitement allant de 8 à 12 semaines et avec un très bon profil de [tolérance](#).

Ces AAD comportent trois classes thérapeutiques, les inhibiteurs de [protéase](#) NS3/4A (les « previr »), les inhibiteurs NS5A (les « asvir ») et les inhibiteurs NS5B (les « buvir ») (voir tableaux).

Trois classes thérapeutiques

Classes thérapeutiques	Molécules
Inhibiteurs de protéase NS3/4A (les « previr »)	Paritaprevir/ritonavir Grazoprevir Voxilaprevir Glecaprevir
Inhibiteurs de NS5A (les « asvir »)	Daclatasvir Ledipasvir Ombitasvir Elbasvir Velpatasvir Pibrentasvir
Inhibiteurs de NS5B (les « buvir ») Nucléosidiques ou nucléotidiques -> Non-nucléosidiques ->	-Sofosbuvir Dasabuvir

En 2018, molécules recommandées

Spécialités	Composition	Posologie	Génotypes
Epclusa®	Sofosbuvir +Velparavir	1 cp/j	1 à 6
Maviret®	Glecaprevir +Pibrentasvir	3cp/j QD	1 à 6
Harvoni®	Sofosbuvir +Ledipasvir	1 cp/j	1, 4, 5, 6
Zepatier®	Elbasvir +Grazoprevir		1 et 4
Vosevie®	Sofosbuvir +Velpatasvir +Voxilaprevir	1 cp/j	1 à 6, chez les patients en échec

L'arrivée en 2017 de deux bithérapies pangénotypiques pour le [VHC](#), l'Epclusa (sovaldi-velpatasvir) et le Maviret (glecaprevir-pibrentasvir), a permis à l'AFEF (recommandation Mars 2018) de proposer une prise en charge simplifiée pour un grand nombre de patients, ceux n'ayant pas de [fibrose](#) hépatique avancée, sans [comorbidité](#), permettant de débiter un traitement sans accord préalable d'une RCP. Pour les patients coinfectés [VIH/VHB](#), en insuffisance rénale cirrhotique décompensée child B ou C, une [transplantation](#) d'organe, [CHC](#) où un échec d'un traitement par DAA, le traitement est encore soumis à une RCP.

De plus cet accès au traitement devrait être rendu plus facile grâce à l'ouverture de la prescription des AAD à tout médecin et à la délivrance de ces traitements en officine de ville.

Le traitement par Epclusa dans le parcours simplifié est de 12 semaines, à raison d'un comprimé par jour et le traitement par Maviret est de 8 semaines, à raison de 3 cp par jour en une seule prise

Un traitement par Zepatier ne peut être proposé qu'aux patients de [génotype](#) 4 sans ATCD de traitement ni de [cirrhose](#), les patients de [génotype](#) 1b, les patients de génotypes 1a avec [charge virale](#) trithérapie par Vosevie est recommandée et soumise à une RCP. Pour les génotypes 3 cirrhotiques on peut y associer de la [ribavirine](#).

La guérison virologique est généralement associée à une amélioration [clinique](#) et une régression des lésions hépatiques chez les malades sans [cirrhose](#) (1). Cependant, chez les patients avec [cirrhose](#), même si le risque de survenue d'une [décompensation](#) de la maladie hépatique (insuffisance hépatocellulaire, [hypertension portale](#)) disparaît, le risque de survenue d'un carcinome hépatocellulaire ([CHC](#)) ne disparaît pas complètement. D'où l'importance de la poursuite de la surveillance régulière chez les patients cirrhotiques.

La prise en charge globale des patients doit être poursuivie notamment en ce qui concerne les comorbidités hépatiques (consommation d'[alcool](#), [syndrome](#) métabolique) mais aussi chez les patients à risque de recontamination en cas de poursuite de conduites à risque. La recontamination chez les usagers de drogues actifs et lors de [comportements](#) sexuels à risque (fist, [Chemsex](#)) est estimée de 1 à 2 %.

La réduction des risques chez les patients atteints de [VHC](#), combinée au traitement est un des volets indispensables si l'on veut aboutir à l'[éradication](#) du [VHC](#).

Le traitement de l'[hépatite C](#) aiguë, définie par une [infection](#) datant de moins de 6 mois ne fait pas partie des modalités de remboursement. Cependant en cas de risque de [contamination](#) liée à certaines pratiques à risque il est envisageable de traiter dans un délais court les hépatites C aiguës en suivant les mêmes règles que pour les hépatites C chroniques.

Si le risque de [contamination](#) est absent, la baisse de la [charge virale](#) à un mois de plus de 2 log est prédictive d'une guérison naturelle qui sera confirmée par la négativation de la [charge virale](#) à 6 mois.

En cas d'absence de baisse la [charge virale](#) à un mois, un traitement doit être envisagé surtout en cas de conduite à risque de [contamination](#).

Source :

Article écrit par le Dr. Caroline LASCOUX-COMBE, hôpital Saint-Louis, Paris