

**ATELIER 5 :**  
**QUEL ACCOMPAGNEMENT PENDANT LE**  
**TRAITEMENT (du VHC...) ET COMMENT**  
**GERER L'APRES**  
**La qualité de vie dans la co-infection**  
**VIH-VHC**

**XIIIème Congrès de la SFLS 25 & 26**  
**octobre 2012**

# EPIDEMIOLOGIE

## MONDE

- L' épidémie à VIH : 40 M et à VHC : 170M
- 4 à 5 M de personnes co-infectées ( $\cong$  10%)



## FRANCE

- VIH : près de 150 000p, VHC  $\cong$  500 000
- 25% co-infection, soit 37 000 p

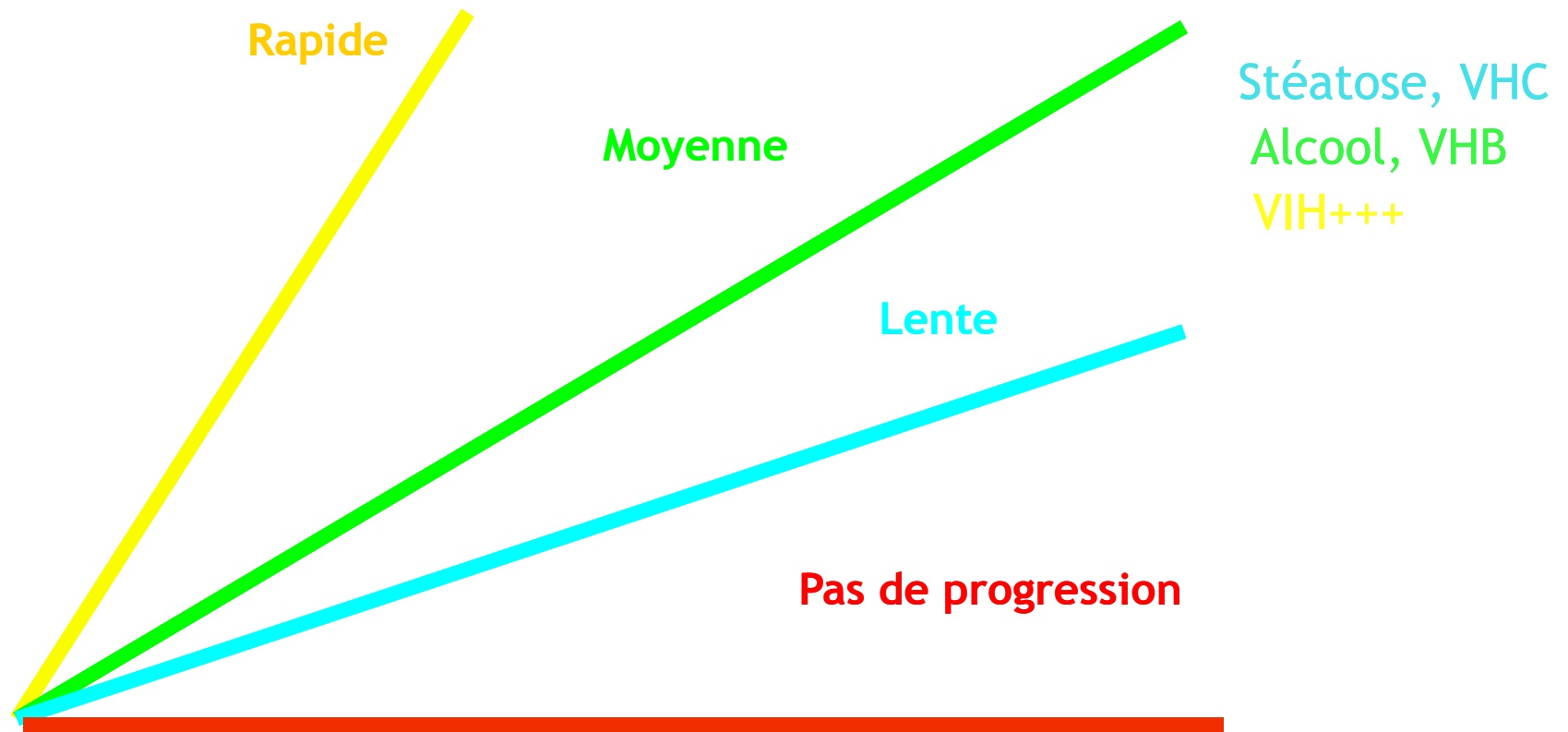
## PACA

- Forte prévalence de co-infection : 43%, chez les UD avec partage de matériel près de 90% co-inf
- Sur Marseille on estime à 1800 les p co-infectés dont 650 suivis au CISIH Conception

# Physiopathologie de la co-infection influences réciproques

- VHC  VIH : très peu quoique... (T4,CV)
- VIH  VHC : aggravation à tous les niveaux, chronicité, progression, sévérité QOL...
- Le foie : 3ème cause de mortalité chez les p VIH, très importante chez les co-infectés (jusqu'à 40%)
- Le trt ARV, malgré son hépatotoxicité éventuelle protège de la mortalité hépatique QOL...

# Modification de la progression de la fibrose dans l'hépatite chronique C, peu de temps pour convaincre et préparer



# TRT VHC

- On avait une seule combinaison : IFN-PEG + RBV (dose et durée varient), éradication incertaine, EI lourds
- On a les IP; éradication plus probable, EI encore plus lourds...
- Résultat RVP dépendait G (et F hôte) : G1 50%, G3 66%; G2 90% mono-infection VHC (24-48s trt)
- Ce n'est plus le cas, sauf pour les NON Répondeurs vrais
- VHC-VIH minore le succès et majore les EI, nécessite longue durée (48 à 72 s) et fortes doses RBV (1à1,2g/j), observance > 80 % (dose, durée, prises)
- RVP de référence : globale 50%; G1/G4 35%; G2-G3 72%,
- RVP actuelle? 74% à TROIS mois avec téla, 61% à TROIS mois avec bocé
- GESTION EI+++ , TRT ARV, co-morbidités (OH, psychotropes, dépression, stéatose)

*La co-infection induit plus de perte de QDV AVANT le trt VHC, plus d'EI pendant et ceux-ci DURENT APRES la fin du trt (au moins 6 mois)*

*De nouvelles contraintes(alimentaires) et de nouveaux EI sont liés aux IP (notamment cutanéomuqueux, certains sévères), aggravation anémie, IAM+++ avec les IP anti VIH*

## COMMENT SURMONTER CES FREINS???

# DESSERER FREINS au trt anti-VHC

- Freins liés à la maladie VHC dans le contexte du VIH et aux comorbidités : mauvaise qualité de vie, physique, psychique et sociale...pb conso OH et autres, pb psy, pb de logement et de confort de vie, pb d'isolement social... prise en charge globale (infectio-hépatoaddicto-psy) médicale, sociale (AS, associations)
- Freins liés à la mauvaise coordination entre les acteurs : infectiologue, hépatologue, psychiatre, MT/MG, IDE, travailleurs sociaux... Communiquer! Staff, intervision, réseau....
- Freins liés auX coupleS patient-médecinS... ce n'est jamais le temps du trt, (ni non plus du dépistage, ni de l'évaluation...)
  - Patient : (peur de la PBH), des EI notamment de la fatigue , du déséquilibre avec le trt ARV, peur des effets psychiques, (dépression et irritabilité), conditions matérielles ou sociales difficiles (logement, enfant en bas âge ou désir d'enfant)...découragement lié au faible% de succès , A RE EVALUER
  - Médecin : peur des EI, notamment hépatiques, des consommations, du manque d'observance, de la dépression, du mode de vie chaotique...découragement lié au faible % de succès , A RE EVALUER

# HYPOTHESES DE TRAVAIL

- Le trt VHC, qu'elle qu'en soit l'issue,  
*... S'il améliore la qualité de vie est un facteur d'adhésion aux trt et au soin...*
- *A condition de suivre les personnes au long cours et de ne pas les abandonner à la fin du traitement*
  - *CONTINUE des soins pour gérer les EI (fatigue et humeur notamment)*
  - *SOUTIEN ASSIDU pour attendre la CV des 6 mois et gérer l'annonce : RVP ou pas RVP...*
  - *ETUDE de la QDV AVANT-APRES avec des outils appropriés, questionnaire pro QOL adapté à la co-infection*
  - Etude chez les patients guéris (VHC ou co-inf) comparés aux non traités
  - Etude chez les non guéris?
- Si le trt anti-VHC démontre un bénéfice sur la QDV à terme, ce sera un argument supplémentaire d'acceptation pour les personnes co-infectées VIH-VHC....