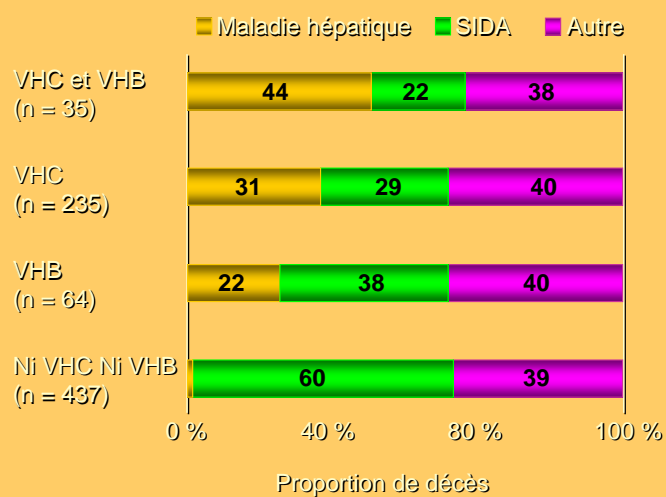
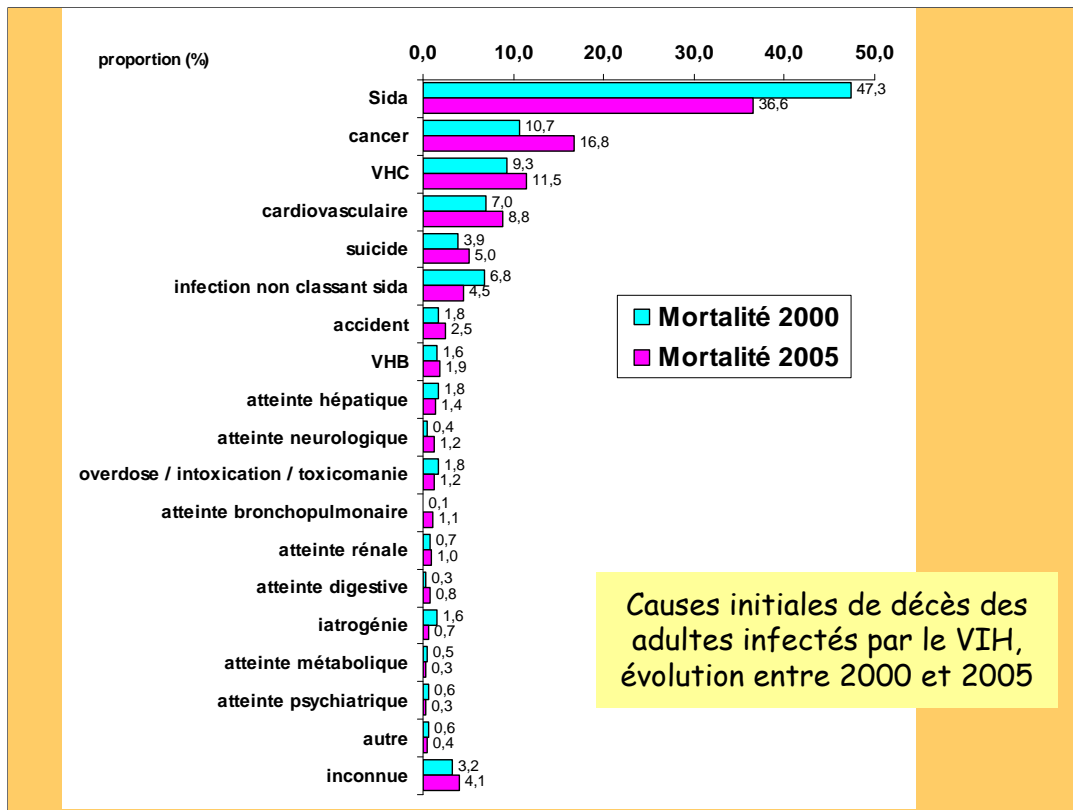


# Mortalité chez la patients infectés par le VIH : Impact d'une hépatite virale chronique

Patients VIH+ décédés en 2000 (n = 822)

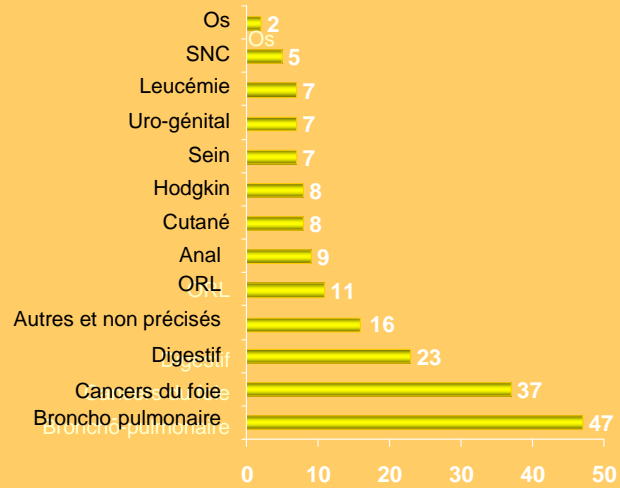


D. Salmon et al, CROI 2004 (abstract 798)



## Causes de décès chez les patients VIH : Enquête Mortalité 2005 en France (2)

Répartition des 187 cas de cancer non classant



Lewden C, CROI 2007, Abs. 976

# **CO-INFECTION VIH-VHB**

**Recommandations**

**Françaises**

**2008**

# **Prise en Charge Médicale des Personnes Infectées par le VIH**

- **Recommandations 2008: dir. M.Bourlière**
  - Y.Benhamou
  - D.Blanc TRT5, AIDES
  - P.Cacoub
  - M.DE Melo TRT5, ARCAT
  - H.Fontaine
  - M.L'Henaff TRT5, ARCAT
  - G.Pialoux
  - L.Piroth
  - V.Thibault
  - Y.Yasdanpanah
- **Lettre de mission ministérielle, DGS et ANRS**

# Epidémiologie Française - 1

- **Modes de transmission communs aux 2 virus**
- **En 2004 : 37,6% de VIH+ étaient AchBc+**
- **Prévalence hépatite B chronique chez VIH :7%,**
- **En majorité homosexuels et UDVI**
- **2/3 de VHB « sauvage » et 1/3 de mutant pré-C**
- **Prédominance du génotype A : 70%**
- **Association virus delta : environ 6% des patients**
- **15% des co-infectés VIH-VHB sont séropos.VHC ⇒  
1,6% des patients VIH+**
- **71-87% ont un traitement actif contre le VHB**

## **Epidémiologie Française - 2**

- **MAIS :**
  - **Statut sérologique VHB inconnu chez 6,3% des VIH+ (2004)**
  - **Statut Hbe et ADN VHB :**
    - **Non réalisé dans 1/3 des cas au début du suivi**
    - **Reste incomplet chez 24% au cours du suivi**
  - **Génotypage VHB exceptionnellement réalisé (Etude EPIB 2005)**
  - **Co-infection delta non recherchée dans > 20% des cas**
  - **Incidence mal connue parce que mal renseignée**
  - **16-35% sans évaluation histologique hépatique**

## Diagnostic et Bilan

- Ag HBs, Ac HBc et AC HBS
- Si Ag HBs + :
  - Rechercher Ac anti-delta et le cas échéant ARN-VHD
  - Évaluer profil HBe
  - Évaluer ADN-VHB (test sensible et quantitatif)
- Si Ac HBc isolé : ADN-VHB
- Si Hépatite B : évaluation hépatique (biochimique et histologique)

## Vaccination

- **2006 (Cohorte Aquitaine) :**
  - Info sur vaccination chez 65%
  - Vaccination chez 22%
- **Vaccination chez toute personne séro-**
- **Moins efficace dans co-infection quand CD4 < 500/mm<sup>3</sup>**
- **Suivi de la réponse Ac HBs : diminution plus rapide dans contexte VIH**
- **Schémas intensifs en cours d'étude (ANRS)**
- **Ne pas oublier statut VHA et vaccination (moins efficace < 200 lymphocytes CD4**

## Histoire Naturelle

- **Effets VIH sur VHB :**
  - ↑ réplication du VHB
  - ↑ passage à la chronicité de l'hépatite B aiguë
  - ↓ séroconversions spontanées Hbe et HBs
  - ↑ fréquence de réactivations du VHB chez porteurs inactifs
  - Accélère la progression de la fibrose, et du développement de la cirrhose et du CHC
- **Pas d'effet identifié du VHB sur la progression du VIH**

## **Facteurs prédictifs négatifs**

- **Age**
- **Virémie VHB très élevée**
- **Nombre bas de lymphocytes CD4**
- **Persistance de l'AgHBe**
- **Triple co-infection VIH-VHB + VHC ou VHD**
- **Consommation d'alcool**
- **Génotype G**

## Multithérapies anti-VIH et Co-Infection VIH-VHB

- **Augmentation fréquente des transaminases :**
  - Hépatotoxicité des traitements du VIH et des IO
  - IRIS favorisé par lymphocytopénie CD4 < 200 et par une virémie VHB élevée (avantage bi-thérapie contre VHB)
  - Clairance immune du VHB avec séroconversion
  - Apparition de mutants VHB résistants aux analogues (avantage bi-thérapie contre VHB)
  - Arrêt intempestif du traitement du VHB : rebond

# Traitement de l'Infection VHB

- **Objectifs :**
  - Suppression efficace et durable de l'ADN du VHB
  - Séro-conversion Hbe chez AgHBe+
  - Séro-conversion HBs
- **Indications**
  - Virémie VHB > 2000 UI/ml
  - Augmentation des ALAT
  - Lésions histologiques : à partir de A2 et F2
- **Choix du traitement :**
  - Indication ou non d'un traitement anti-VIH
  - Présence éventuelle d'une cirrhose
  - Facteurs favorables de réponse à l'interféron si pas d'indication de traitement anti-VIH

## Quel Traitement ?

- **Si pas d'indication de traitement du VIH:**
  - **Peg-IFN si facteurs favorables de réponse :**
    - Ag Hbe positif
    - Transaminases élevées
    - Réplication virale faible
    - Génotype A ou B
  - **Durée 48 semaines si ADN indétectable à s24**
  - **Si échec à s24 : ⇒ Adefovir-Telbivudine**
  - **Adefovir-Telbivudine d'emblée**

## Quel Traitement ?

- **Si indication de traitement du VIH :**
  - **Tenofovir + Emtricitabine/Lamivudine à inclure dans la combinaison antirétrovirale**
  - **Si monothérapie préalable par LMV en échec virologique :**
    - Soit remplacer LMV par Tenofovir
    - Soit ajouter Tenofovir à la LMV
    - (préférence locale : Tenofovir-Entecavir)
  - **Pour certains experts : traiter systématiquement le VHB dans toute co-infection**
  - **En cas de cirrhose : bi-thérapie d'analogues nucléosidiques**

## Prevention of Antiviral-Resistant HBV

- Judicious use of antiviral treatment—avoid futile/unnecessary treatment
- Initiate treatment with combination therapy—what agents to combine?
- Use potent agent that has high genetic barrier to resistance
- Monitor viral response—switch therapy if response suboptimal
- Avoid sequential monotherapy
- Avoid cross-resistant drugs