

# **Quoi de neuf en 2017 ?**

## **Le traitement de l'hépatite C en 2017 : pour qui ?**

Dr H. Fontaine, Unité d'Hépatologie (Pr S. Pol), GH Broca-Cochin

# Objectif = éradication virale puis...

Définition de la guérison = ARN indétectable  
12 semaines après l'arrêt du traitement

1. guérison clinique =  
disparition des symptômes  
(généraux, extra-hépatiques)

5. persistance de la guérison  
virologique = éviter les réinfections

Mais aussi....

2. « guérison hépatique »  
= régression de la fibrose

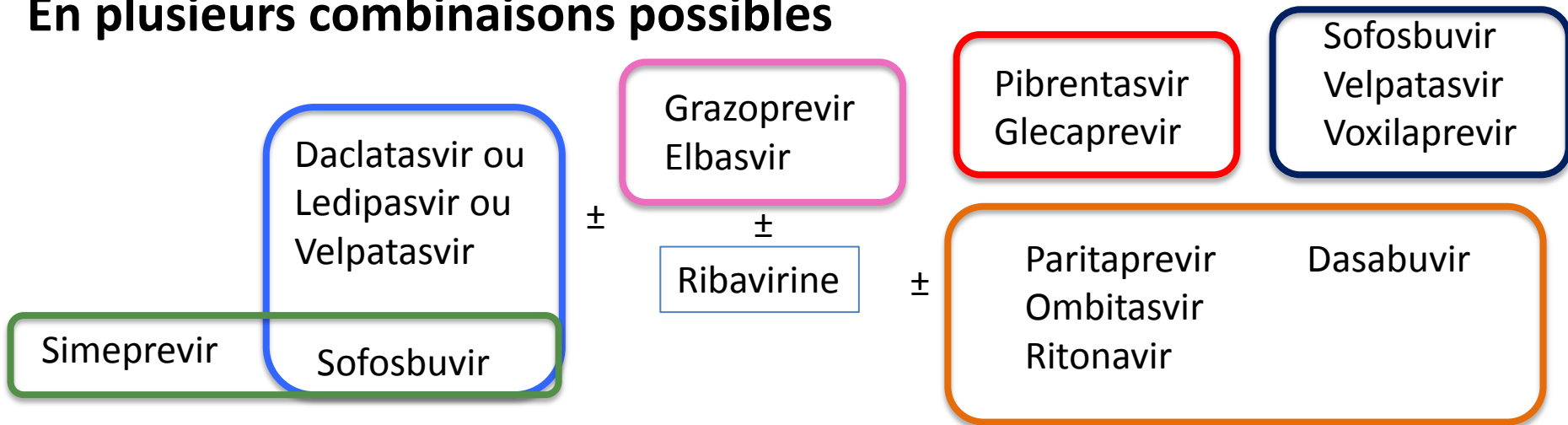
4. diminuer les  
complications hépatiques  
et extra-hépatiques

3. prévention primaire de la cirrhose

# Traitements actuels de l'hépatite C

Type de molécules	Inhibiteurs de protéase	Inhibiteur Nucléotidique de NS5B	Inhibiteur non Nucléotidique de NS5B	Inhibiteur de NS5A
Actuellement disponibles	Simeprevir Paritaprevir Grazoprevir	Sofosbuvir	Dasabuvir	Daclatasvir Ledipasvir Ombitasvir Elbasvir
Bientôt disponibles	Voxilaprevir Glecaprevir			Velpatasvir Pibrentasvir

## En plusieurs combinaisons possibles



Traitement de 8 à 24 semaines → RVS12 ≥ 95 %

# Selon les sociétés savantes : traitement pour tous

**AFEF  
2016**

-Tous les patients en dehors de ceux dont l'espérance de vie est limitée,  
-En raison de l'influence sur la morbi-mortalité de cause hépatique ou extra-hépatique (métabolique et cérébrovasculaire)

**Rapport  
Dhumeaux  
2016**

L'offre d'un traitement ... doit être systématique, mais la décision de ce traitement dépend du choix éclairé du patient, compte tenu de sa perception de la maladie et du traitement ... avantages et les inconvénients.

**EASL 216**

All treatment-naive and treatment-experienced patients with compensated or decompensated chronic liver disease due to HCV must be considered for therapy (A1)

**AASLD 2016**

Treatment is recommended for all patients with chronic HCV infection, except those with short life expectancies that cannot be remediated by treating HCV, by transplantation, or by directed therapy. (A1)

# Selon la HAS

## Traitement pour tous

Texte de la HAS du 7 décembre 2016

« Le Collège de la HAS recommande :

-que le traitement soit proposé à l'ensemble des patients infectés par le VHC, y compris les porteurs asymptomatiques aux stades de fibrose F0 ou F1 (non inclus dans les précédentes recommandations) ..... »

# Conditions de remboursement actuelles du traitement anti-viral C

Conditions de remboursement actuelles (04/01/17)

Chez tous les  
patients avec  
une fibrose  
F2, F3, F4

Quelle que soit la sévérité de la fibrose:

-selon le génotype :

-patients infectés par un génotype 3

-patients infectés par un génotype 1 ou 4 et traités par  
grazoprevir et elbasvir

-co-infection par le VIH, VHB +/-D

-manifestations extra-hépatiques (dont le lymphome B)

-greffé ou en attente de greffe

-dialysé

-risque de transmission :

-femmes avant procréation

-toxicomanes

-détenus

-autres (selon la RCP)

# En 2017....

- Marisol Touraine s'engage à obtenir le remboursement pour tous les patients avec une hépatite chronique C en mai 2016
- Après négociation des prix avec les firmes pharmaceutiques

# Depuis le 4 janvier 2017, on peut éviter la RCP chez quelques patients...

- Ceux traités par grazoprevir et elbasvir en dehors des circonstances suivantes:
  - Échec d'AVD
  - Insuffisants rénaux (DFG  $\leq$  30 ml/mn, dialysés)
  - Cirrhose grave (MELD  $>$  18, facteurs d'aggravation ou antécédent de décompensation)
  - Pré ou post transplantation hépatique
  - Carcinome hépato-cellulaire actuel ou passé
  - Co-infectés par un autre virus hépatotrope et/ou le VIH
  - Dont l'état de santé ou le traitement peut interférer la prise en charge de l'hépatite C



# En résumé, on ne peut pas traiter :

- Patients infectés par un génotype 2, 5 ou 6
- Avec une fibrose nulle à faible (F0-1)
- Sans manifestation extra-hépatique
- Sans co-infection VIH ou VHB +/- VHD
- Sans facteur de risque de transmission
- Ni greffé ni en attente de greffe
- Ni dialysé

# **Pour traiter, il faut dépister :**

## **Recommandations actuelles en France**

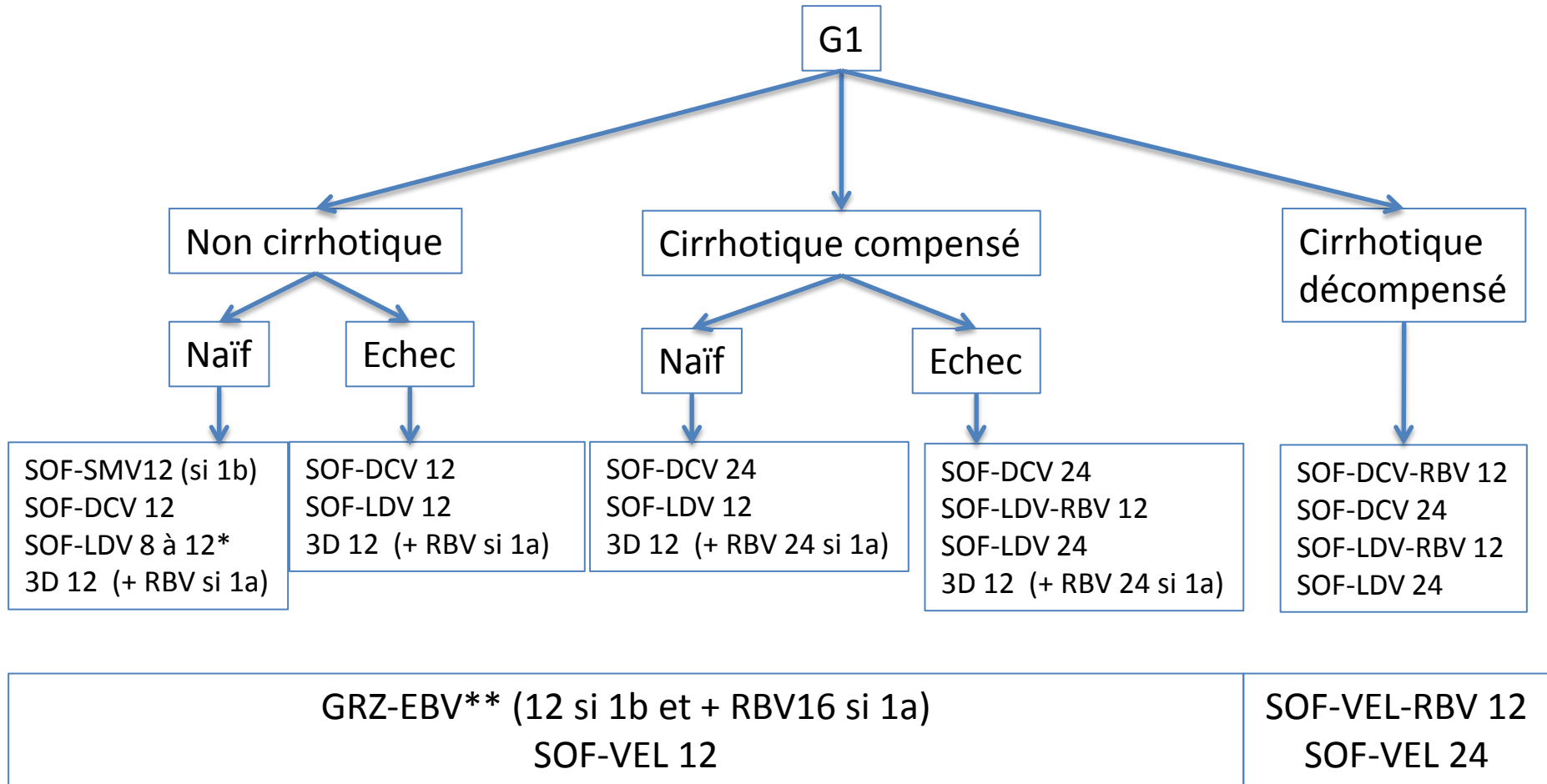
- Le Dépistage Ciblé sur Facteurs de Risque doit être maintenu
- **En complément du dépistage ciblé, le Rapport Dhumeaux 2 [2016] recommande le dépistage systématique quel que soit le sexe**

# Par quoi traiter ?

- Les tendances :
  - Traitement avec peu de comprimé et de prises
  - Traitement court (8 semaines possible chez certains patients)
  - Traitement sans ribavirine
  - Traitements peu chers

# AFEF 2016

## Traitement si génotype 1

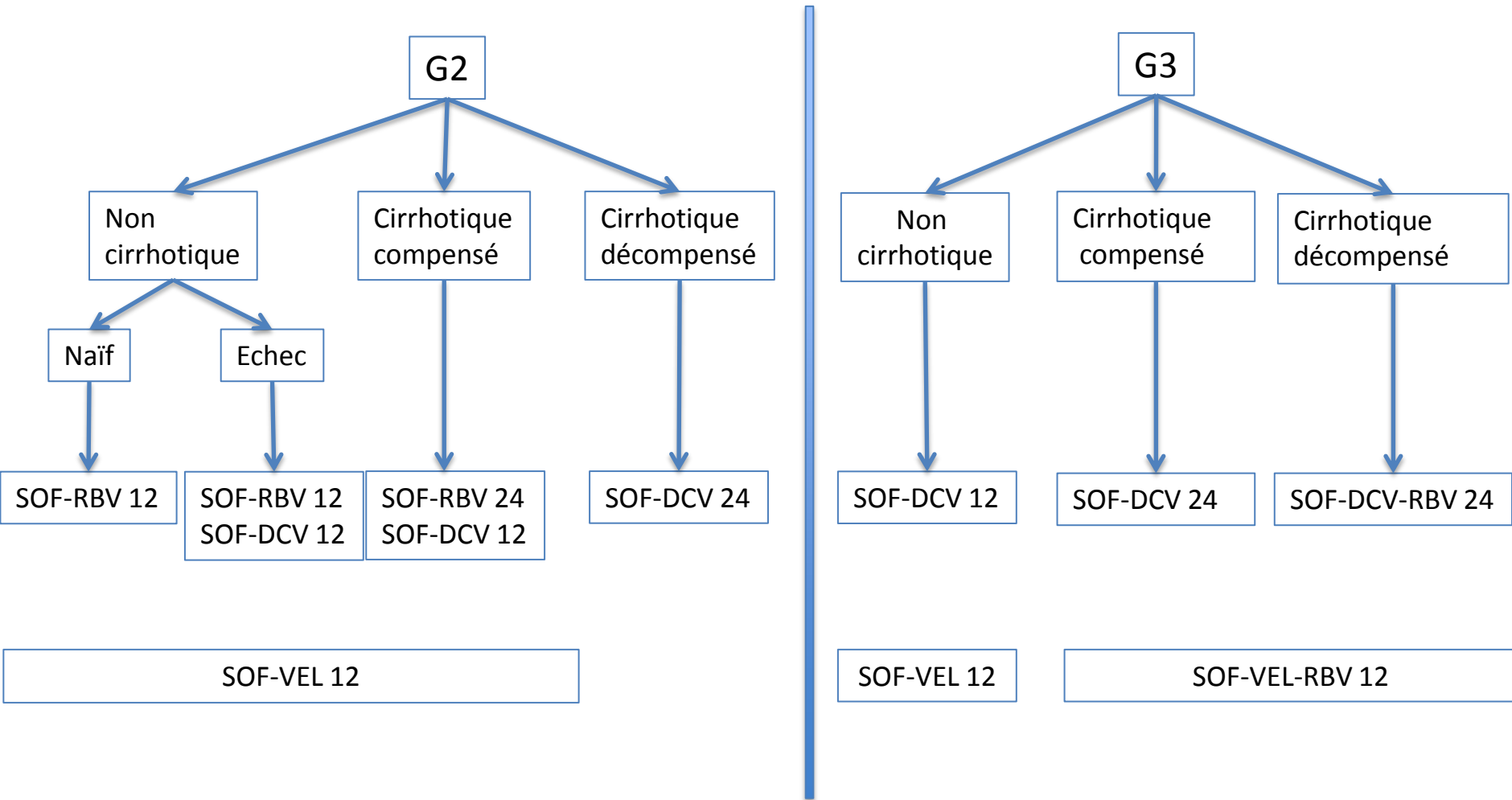


\*En fonction de la virémie quantitative (< ou ≥ 6 000 000 UI/ml)

\*\* Selon l'ANSM : 12 semaines si G1a et < 800 000 UI/ml; sinon 16 + RBV

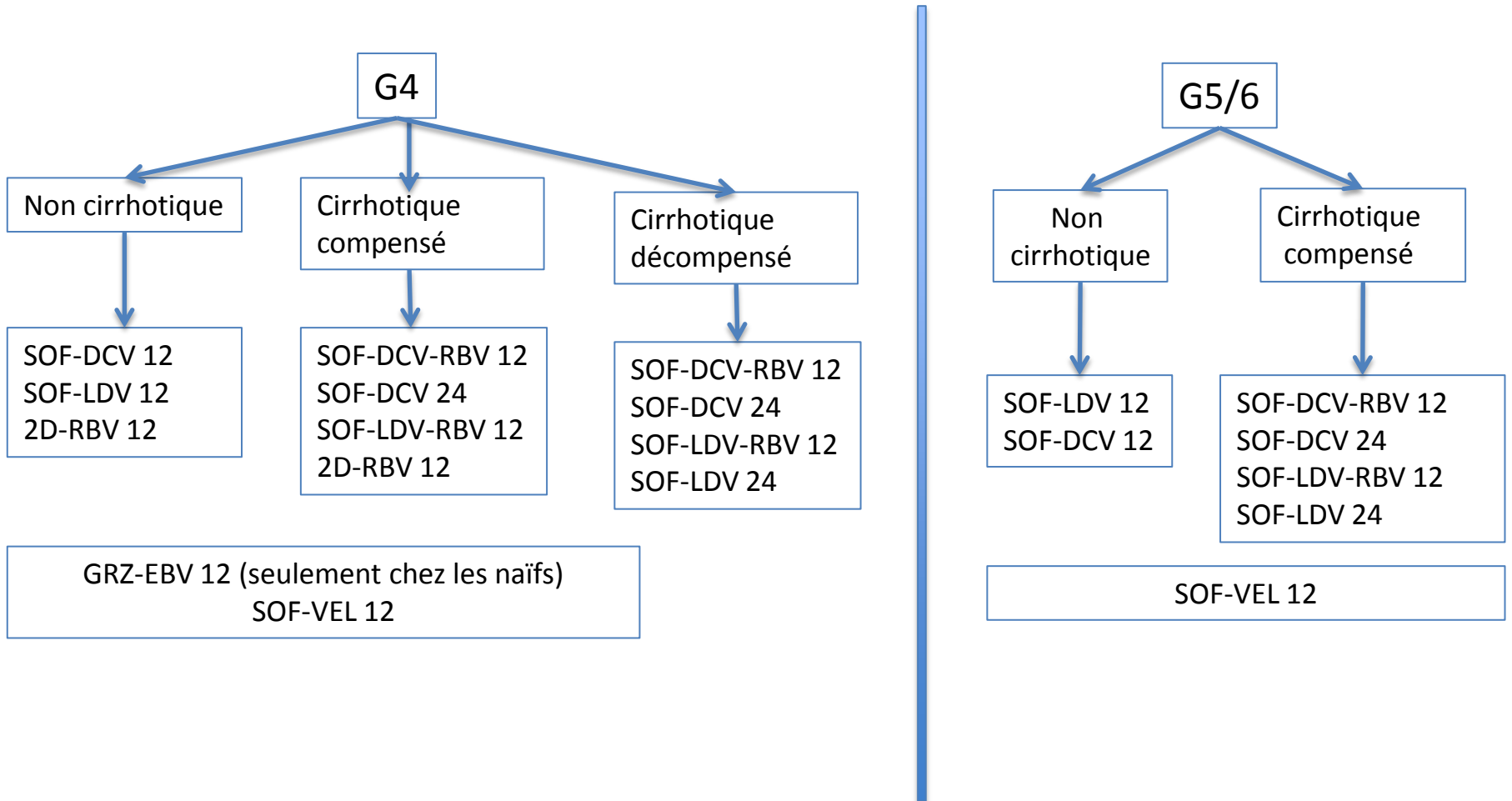
# AFEF 2016

## Traitement si génotype 2 ou 3



# AFEF 2016

## Traitement si génotype 4, 5 ou 6



# **Réactualisation des recommandations AFEF prévues au cours du 1<sup>o</sup> trimestre 2017**

**Disponibles sur le site de l'AFEF**

# Ne pas oublier après la guérison virologique

ARN VHC en fonction de la persistance des facteurs de contamination

Puis selon les lésions de fibrose initiale

Lésions de fibrose nulles à moyennes (F0-2)

Dépistage annuel des co-morbidités:

- alcool
- stéatose non alcoolique
- co-infections virales
- autres .....

Lésions de fibrose sévères (F3-4)  
Ou absence d'évaluation pré-thérapeutique

Dépistage du carcinome  
hépatocellulaire  
et d'hypertension portale

Echographie  
±doppler/6 mois

FOGD selon  
Baveno VI

⚠ Test non invasif de fibrose non fiable pour l'évaluation de la régression de la fibrose



# Conclusions

- **Des traitements anti-viraux C**
  - efficaces à plus de 95 % et bien tolérés
  - de plus en plus courts et simples à utiliser
- **Des indications thérapeutiques**
  - élargies en 2016 puis
  - universelles en 2017 ?
- **Avec un bénéfice sur la morbi-mortalité des patients**
  - hépatique et extra-hépatique
  - à long terme mais aussi dès le court terme
- **Evolution rapide des combinaisons disponibles**
  - mise à jour fréquente de nos connaissances
  - réactualisation des recommandations AFEF : 1° trimestre 2017