

## **Attitude chez un patient coinfecté VIH avec cirrhose C sévère**

Docteur Jean-Charles DUCLOS VALLEE

Centre Hépatobiliaire- Hôpital Paul BROUSSE-AP/HP

et Unité INSERM U785

[jean-charles.duclos-vallee@pbr.ap-hop-paris.fr](mailto:jean-charles.duclos-vallee@pbr.ap-hop-paris.fr)

### **Les Faits :**

Plus de 40 millions de personnes sont infectés par le VIH dans le monde tandis que 2 à 3 % de la population est infecté par le virus de l'hépatite C soit environ 175 millions de personnes. Dix millions d'individus sont coinfectés par le VIH et le VHC. La transmission de l'infection par le VHC ou le VIH est majoritairement par voie parentérale. Ainsi la coinfection VIH/VHC est volontiers fréquente dans la population toxicomane et d'hémophile. Une infection par le virus de l'hépatite C est présente chez 70 à 90 % de la population hémophile et chez 60 à 80 % de la population toxicomane.

La cinétique de fibrose est particulièrement rapide chez les patients coinfectés VIH/VHC. 15 à 25 % des patients coinfectés VIH/VHC développent une cirrhose après 10 à 15 ans d'évolution. Cette évolution sévère est aussi très liée à l'état d'immunodépression en particulier du taux de CD4. Ainsi il existe un taux élevé de cirrhose décompensée et de mortalité liée à la maladie hépatique dans la population coinfectée VIH/VHC. Selon Pineda et al. La médiane de survie après un premier épisode de décompensation de la cirrhose est de 16 mois.

La prise en charge d'un patient coinfecté VIH/VHC doit faire:

## 1.- Apprécier la sévérité et le degré de fibrose module directement le type de prise en charge

a- Cas d'un patient qui a une cirrhose décompensée ou qui a fait des épisodes de décompensation.

Il est fondamental d'apprécier la présence éventuelle d'un cofacteur qui participe à l'aggravation de la maladie hépatique et dans ce cadre la pratique de la biopsie hépatique peut avoir un intérêt :

- Toxicité d'un ou plusieurs antirétroviraux (HAART). Rappelons que l'ensemble des antirétroviraux (analogues nucléosidiques, inhibiteurs de protéase, analogues non nucléosidiques). Des drogues, telles que la zidovudine, la stavudine et la didanosine sont particulièrement hépatotoxiques du fait d'une toxicité mitochondriale responsable d'une stéatose microvésiculaire. La Névirapine (Virammune\*), inhibiteur de protéase, a été imputée être responsable d'une progression plus rapide de la fibrose chez les patients coinfectés VIH/VHC. Une étude récente a montré qu'un traitement par HAART augmentait le risque de survenue d'une hépatite fulminante chez les patients infectés par le virus de l'hépatite C. Ces éléments doivent donc amener à éventuellement à reconsidérer le traitement antirétroviral chez un patient qui présente une cirrhose sévère qui peut conduire à une amélioration spectaculaire du patient.

- D'autres cofacteurs tels qu'une consommation d'alcool excessive doivent être appréciés et bien sur une prise en charge addictologique mise en route.

Mettre en évidence un cofacteur d'aggravation est bien sur fondamental pour non seulement pour ralentir ou stopper l'évolution de la maladie hépatique mais aussi pour éventuellement rediscuter de l'opportunité d'un traitement antiviral C et amener le patient dans le circuit de greffe dans les meilleurs conditions possibles. Rappelons que l'attente est longue (en moyenne 2ans pour un patient de groupe sanguin O) ; le patient doit donc être dirigé le plus rapidement possible vers un centre de transplantation, dans le but premier d'évaluer la faisabilité de la greffe, en collaboration étroite avec l'équipe d'infectiologie. Rappelons que la transplantation hépatique chez les patients coinfectés VIH /VHC est faisable et permet d'obtenir des résultats proches de ceux obtenus chez les patients monoinfectés VHC et que la survie post greffe dépend du degré de gravité du patient au moment de la transplantation.

## b.- En cas de cirrhose non décompensée

Il est important d'apprécier le degré de fibrose ; de préférence, des tests non invasifs doivent être utilisés. Chez le malade co-infecté VIH-VHC, la performance du fibrotest peut être inférieure à celle obtenue chez le patient mono-infecté ; le fibrotest a une performance supérieure au score APRI et au ratio ALAT/ASAT. Outre son excellente performance dans le diagnostic de la cirrhose, le FibroScan permet d'évaluer la gravité de celle-ci. En effet, lorsque la valeur d'élasticité hépatique est comprise entre 14 et 75 kPa, le diagnostic de cirrhose peut être porté. En outre, la valeur d'élasticité est corrélée à l'apparition des complications de la cirrhose.

## 2.- Discuter la mise en route d'un traitement antiviral C

Si le traitement de référence représenté par l'interféron pégylé et la ribavirine ne peut pas être utilisé en cas de cirrhose décompensée, il doit être évidemment discuté dans les autres cas à fortiori chez les patients infectés par un génotype 2 ou 3. Le traitement interféronpégylé ribavirine doit être envisagé si le taux de CD4 > 200 X 10<sup>6</sup>/L. Rappelons que le taux de réponse dans l'essai RIBAVIC était de 30% dans le groupe interféron pégylé+ ribavirine. Bien sûr, la gestion des effets secondaires et en particulier d'ordre hématologique sont mieux appréhendés du fait de l'utilisation de facteurs de croissance dont le chef de file est l'érythropoïétine. En cas de non réponse virale et à fortiori en cas de non réponse biochimique, prolonger le traitement anti viral C dans un but « antifibrosant » doit être discuté au cas

La prise en charge d'un patient co-infecté VIH/VHC à fortiori à un stade avancé de la maladie nécessite un suivi multidisciplinaire constitué au moins d'un(e) hépatologue, d'un(e) infectiologue, d'un(e) virologue et d'un transplantateur.