

**DESC « Pathologie Infectieuse et Tropicale » Du 28 Janvier au 1er Février  
2019 Séminaire 1 – Thématiques 18, 12, 16, 14, 19**

**Jeudi 31 Janvier matin - Thématique N° 14 – Hépatites Virales (0,5 j)**

**Coordination : K. LACOMBE – G. PIALOUX**

**Amphithéâtre «PORTIER » (Ateliers Salles 200, 206, 208, 210, 300, 302)**

**Cas Clinique « parcours de soins VHC - Gilles Pialoux**

**Le cas de Mr G**

- Mr G, 66 ans, Agent comptable d'origine RDC
- 1,79 m, 100 kg (IMC : 31,2 kg/m<sup>2</sup>)
- Contamination sexuelle (se décrit comme bi-sexuel)
- VIH+ dépisté en 1998 (stade C3)
- VHC+ dépisté en 2018
- Piercing (prince Albert)
- ATCD & Co-morbidités :
  - 1998 : Kaposi cutané
  - 2002 : endocardite à Staph doré (bioprothèse aortique puis valve mécanique)  
: origine injection ?
  - 2008 : goutte (arthralgies +++)
  - Diabète, HTA traitées
  - Tabac 30 PA
  - Pratique du chemsex (depuis 2016) y compris expériences de SLAM
  - consommation d'EtOH
  - Aucune autre co-infection (VHB, VHA, Delta...)

**En ce qui concerne le VIH : VIH+ en 1998 =**

- ARN plasma : 415 000 copies/mL (Zenith)
- 172 CD<sub>4</sub>/mm<sup>3</sup> (17 %) (Nadir)
- depuis 2017 : bithérapie de maintenance (allègement ?) :
- Celsenti<sup>®</sup> (Maraviroc, 600 mg bid) + Intelence<sup>®</sup> (Etravirine, 200 mg bid)
  - Arrêt de Prezista Norvir
  - ARN VIH-1 plasma < 20 copies/mL (depuis > 10 ans)
  - 1734 CD<sub>4</sub>/mm<sup>3</sup> (43 %)
  - CCR5 +

**En ce qui concerne le VHC (depuis 2018) =**

- 1<sup>ère</sup> infection VHC
- Septembre 2018 : VHC+ GENOTYPE 4d
- ARN VHC plasma = 6,9 log<sub>10</sub> UI/mL
- Plaquettes : 193 10<sup>9</sup>/L
- ASAT 48 UI/L et ALAT 32 UI/L
- Hb 14,1 g/dL

- HbA1c /Glycosylée 5,6 %
- INR : 2,95
- DFGe : 50 mL/min (CKD-EPI)
- Aucune manifestation extra-hépatique

**Q1 : Quels facteurs de risques de transmission du VHC identifiez-vous chez ce patient ?**

1. Bisexualité ?
2. ChemSEX ?
3. Pratique du SLAM ?
4. BMI > 30 ?
5. Co-médications ?
6. Nadir de CD4 < 200 ?
7. Pratique sex Hard (FF et autres)
8. Piercing
9. Alcoolisation

**Q2 : Quel(s) parcours proposez-vous à ce patient ?**

1. Vous l'adrez à un centre d'addictologie (Alcool, chemsex) avant le traiter son VHC ?
2. Vous l'inscrivez à une RCP hépato ?
3. Vous renseignez son stade de fibrose ?
4. Vous lui recommandez de cesser toute Pratique sex Hard et consommation de NDS ?
5. vous faites enlever son Piercing ?
6. Vous exigez 6 mois d'abstinence d'alcool ?
7. Vous le traitez dès cette première consultation ?

**Q3 : Quels critères de choix pour initier un 1<sup>er</sup> traitement du VHC en 2019 ?**

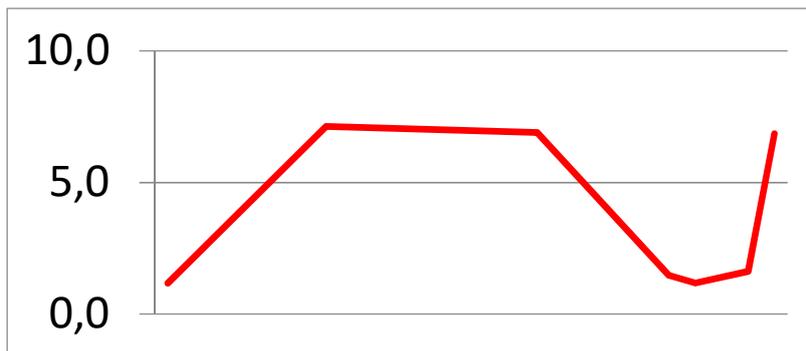
1. Niveau de charge virale VHC ?
2. Génotype et sous-type VHC ?
3. Co-morbidités ?
4. CV VIH < 50 copies/mL ?
5. Observance thérapeutique ?
6. Co-médications ?
7. Recherche d'addictions (Chemsex, etc.) ?
8. Nécessité d'une RCP?
9. Fibrose hépatique sur deux marqueurs ?

**Q4 : Quel(s) 1<sup>er</sup> traitement(s) possible(s) de cette co-infection VIH-VHC génotype 4 ?**

1. Sofobuvir/Velpatasvir (Epclusa®) pendant 8 semaines

2. Sofusbuvir/Ledipasvir (Harvoni®) pendant 12 semaines
3. ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (Vikierax® + Exviera®) pendant 12 semaines
4. elbasvir/grazoprévir (Zepatier®) pendant 12 semaines
5. Glecaprevir + Pibrentasvir (Maviret®) pendant 8 semaines
6. Sofosbuvir + Velpatasvir + Voxilaprevir (Vosevi®) pendant 8 semaines
7. Sofusbuvir/Vepatasvir (Epclusa®) pendant 12 semaines

**Q5 : L'évolution de la charge virale VHC est la suivante**



**Quelle(s) est/sont selon vous la/les raison la/les plus probable(s) pour cet échec ?**

1. Mauvais choix des molécules anti-VHC
2. Défaut d'observance
3. Interactions médicamenteuses
4. Recontamination sur des pratiques à risques
5. Traitement trop court
6. Pas de chance (efficacité non à 100%)

**Q6 : Quelles pistes d'amélioration du parcours de soins VHC auriez-vous proposé ?**

**Q7 : Quels freins à la prise en charge de ce patient avez-vous identifié ?**