

Epidémiologie des infections aiguës à VHC chez
les homosexuels séropositifs
pour le VIH, en 2006 et 2007, en France

ETUDE HEPAIG : analyse descriptive

Journées nationales d'infectiologie
Marseille 5 juin 2008



HEPAIG

- Collaboration multidisciplinaire
- financée par l'InVS et l'ANRS
- comité de pilotage
 - épidémiologistes E. Delarocque-Astagneau, C. Larsen, C. Pioche
 - biostatisticien Y. Le Strat
 - socio-démographe A. Velter
 - infectiologues I. Aupérin, S. Dominguez, X. Duval,
J. Ghosn, L. Piroth
 - hépatologues L. Alric, A. Gervais, S. Pol
 - virologue M.L. Chaix
 - sociologue J.Y. Le Talec
 - psychiatre F. Linard
- les services hospitaliers et laboratoires de virologie
- les patients

Contexte

Depuis 2000, en Europe, chez des homosexuels VIH+

- Survenue d'hépatites aiguës C associées à:
 - IST concomitante (syphilis, LGV)
 - certaines pratiques sexuelles (fist)
 - usage de drogues IV non retrouvé
- Incidence du VHC dans les cohortes
 - augmente chez les VIH+, mais pas chez les VIH-
- Prévalence de la coinfection VIH-VHC
 - stable entre 2001 et 2004, en France



Objectifs

- Estimer l'incidence de l'hépatite aiguë C parmi les homosexuels pris en charge pour une infection VIH en France, en 2006 et 2007
- Décrire les caractéristiques clinico-biologiques de l'hépatite aiguë C et de l'infection VIH
- Décrire les habitudes de vie et les comportements (en particulier sexuels)

Afin d'émettre des hypothèses sur les modalités de transmission du VHC dans cette population



Méthodes

- Etude prospective
- De janvier 2006 à décembre 2007
- Population d'étude : homosexuels pris en charge pour une infection à VIH en 2006 et 2007
- Base de sondage de services hospitaliers à partir des DO VIH entre 2003 et 2005
- Définition de cas : apparition d'Ac anti-VHC+ ou d'ARN VHC+ dans un délai ≤ 1 an après des Ac anti-VHC-

Recueil de données

- A chaque service
 - activité de prise en charge de l'infection VIH
- A chaque patient inclus
 - questionnaire complété par le clinicien
(données clinico-biologiques, nombre de venues et bilans biologiques)
 - autoquestionnaire complété par le patient
(habitudes de vie, pratiques sexuelles, expositions à risque VHC)
 - aliquote du prélèvement diagnostique d'hépatite C
(génotypage et analyse phylogénétique, AP-HP Necker, ML Chaix)
 - deux entretiens en face à face avec le sociologue

Participation des services

Sur les 115 services de la base de sondage

Nombre de services	2006	2007
ayant signalé 0 cas	61 53%	46
ayant signalé ≥ 1 cas	22 19%	16
Données manquantes	32 28%	53
Taux de participation	61%	54%



Analyse descriptive

Sur les 92 signalements d'hépatite aiguë C entre 2006 et 2007

- 4 exclus
- 11 refus de participation
- 10 en cours de validation
- Au total :

67 patients inclus dans l'analyse dont 58% en Ile de France

48 (72%) ont complété un autoquestionnaire

54 (81%) ont une aliquote disponible

31 (46%) ont eu deux entretiens avec le sociologue

Age médian aux diagnostics VIH et VHC et délai entre les deux diagnostics

N = 67	Années	[min-max]
Age médian au diagnostic VHC	40	[26-58]
Age médian au diagnostic VIH	30	[19-58]
Délai médian entre les diagnostics VIH et VHC	10	[0-22]

Caractéristiques de l'infection à VIH

N = 67

		n	%
Stade clinique ¹	asymptomatique	46	69
	pauci-symptomatique	12	18
	sida	7	10
CD4 ¹	≥ 350 /mm ³	54	81
	< 350 /mm ³	11	16
Charge virale	indétectable sous ARV*	38	57
	détectable sous ARV	9	13
	détectable sans ARV [#]	17	25
	données manquantes	3	5

¹non précisé pour 2 patients

*Traitement antirétroviral # 2 patients sous fenêtre thérapeutique

Caractéristiques des hépatites aiguës C

N = 67

- Découverte sur élévation des transaminases 75 %
- Forme ictérique 10%
- Contaminations VIH-VHC concomitantes : 5
- Recontaminations VHC: 4
- Ag HBs+ : 4
- Génotype VHC (disponible pour 61)
génotype 4 : 59 % génotype 1 : 28 % génotype 3 : 13 %



Expositions / prises de risque VHC 6 mois avant le diagnostic d'hépatite aiguë C

auto-questionnaires

N = 48	n	%
Tatouage / piercing	6	13
Endoscopie / intervention chirurgicale	7	15
Usage de drogues IV	0	0
Usage de cocaïne pernasal	32	68

Vie sexuelle dans les 6 mois avant le diagnostic d'hépatite aiguë C

N = 48	n	%
Partenaire stable	25	52
Relation ouverte sur relations sexuelles externes	23	92
Nombre médian de partenaires sexuels [min; max]	20	[1;170]
Avoir eu ≥ 1 IST	30	63
	Syphilis	15 50
Avoir consommé ≥ 1 substance psycho-active avant les rapports sexuels	45	94
	GHB*	22 49
	Cocaïne	18 40
	Viagra®	15 33

*acide gamma-hydroxybutyrique

Pratiques sexuelles avec les partenaires occasionnels dans les 6 mois avant le diagnostic d'hépatite aiguë C

N = 45	n	%
Pénétrations anales non protégées	42	93
Pratique du fist	31	69
fist non protégé	17	55
Pratiques « hard »	22	49
Saignements durant les pratiques sexuelles	18	40



Pratiques sexuelles dans les 12 mois des homosexuels VIH+ répondant aux enquêtes socio-comportementales

Auto-questionnaires	BG* 2005 (N = 426)	EPG# 2004 (N =553)
Pénétration anale non protégée	62 %	56 %
Fist	34 %	33 %
Pratiques hard	34 %	43 %

*étude Baromètre Gay #étude Presse Gay

Synthèse des résultats (1)

- Infection VIH
 - connue depuis longtemps
 - bien contrôlée sous traitement anti-rétroviral
- Hépatite aiguë C
 - rarement symptomatique
 - le plus souvent découverte à l'occasion d'anomalie du bilan hépatique
- Pas d'usage de drogues en IV mais consommation de cocaïne per nasale fréquente et souvent associée aux pratiques sexuelles



Synthèse des résultats (2)

- Infections sexuellement transmissibles fréquentes
- Pénétrations anales non protégées souvent traumatiques
 - avec de multiples partenaires sexuels
 - sous l'emprise de produits psychoactifs ou sédatifs
- Possible transmission en cluster suggérée par la prédominance du génotype 4

Conclusions

- Estimation de l'incidence permettra d'estimer l'impact du VHC chez les homosexuels infectés par le VIH
- Hypothèses de transmission du VHC
 - expositions au risque VHC sont multiples
 - observées lors de comportements sexuels spécifiques
 - qui créent des opportunités de transmission du VHC par contacts avec du sang.
- Ces hypothèse pourront être étayées
 - analyse phylogénétique des virus transmis
 - analyse des entretiens en face à face
- Des actions de sensibilisation ciblée à poursuivre
- Mise en place d'un volet «suivi clinique»