

# Transplantation hépatique chez le patient infecté par le VIH : Expérience chez 84 patients

TEICHER E\*., DUCLOS VALLEE J., VAGHEFI P., CHIAPPINI F.,  
DUVAL C., WYPLOSZ B., SAMUEL D., VITTECOQ D.

Département de Médecine Interne et Maladies Infectieuses

Centre Hépatobiliaire

Hôpital Paul Brousse, 94800 VILLEJUIF, France



# Contexte (1/2)

- Les antirétroviraux ont modifié le pronostic de l'infection VIH
- Chez les patients co-infectés par le VIH cirrhotiques, la transplantation hépatique est une option thérapeutique envisageable (*Duclos-Vallée et al. Hepatology 2007, Castells et al. Transplantation 2007*)
- La transplantation hépatique est la seule alternative thérapeutique dans certains cas de cirrhose virale C, B, Carcinome hépatocellulaire ou Hyperplasie nodulaire régénérative



- **Plusieurs questions restent encore sans réponse :**
  - ➔ **Quels patients faut-il transplanter et avec quelles précautions?**
  - ➔ **Quand faut-il transplanter?**
  - ➔ **Quand faut-il traiter la rechute VHC?**
  - ➔ **Quels sont les facteurs prédictifs de réponse?**
  - ➔ **Quelle est l'influence du traitement immunosuppresseur ?**

- **Décrire de façon rétrospective les aspects cliniques, biologiques et immunovirologiques d'une cohorte de patients transplantés hépatiques infectés par le VIH**
- **Soulever les difficultés de la prise en charge après la transplantation hépatique**



# Population (1/2)

- Patients co-infectés par le VIH avec indication de transplantation hépatique
- Charge virale VIH < 50 copies/ml
- Un taux de CD4 > 100 cellules/ml
- Absence d'antécédent d'infection opportuniste (hormis la tuberculose)
- Le traitement antirétroviral efficace pour le VIH
- Toxicomanie substituée ou sevrée



# Population (2/2)

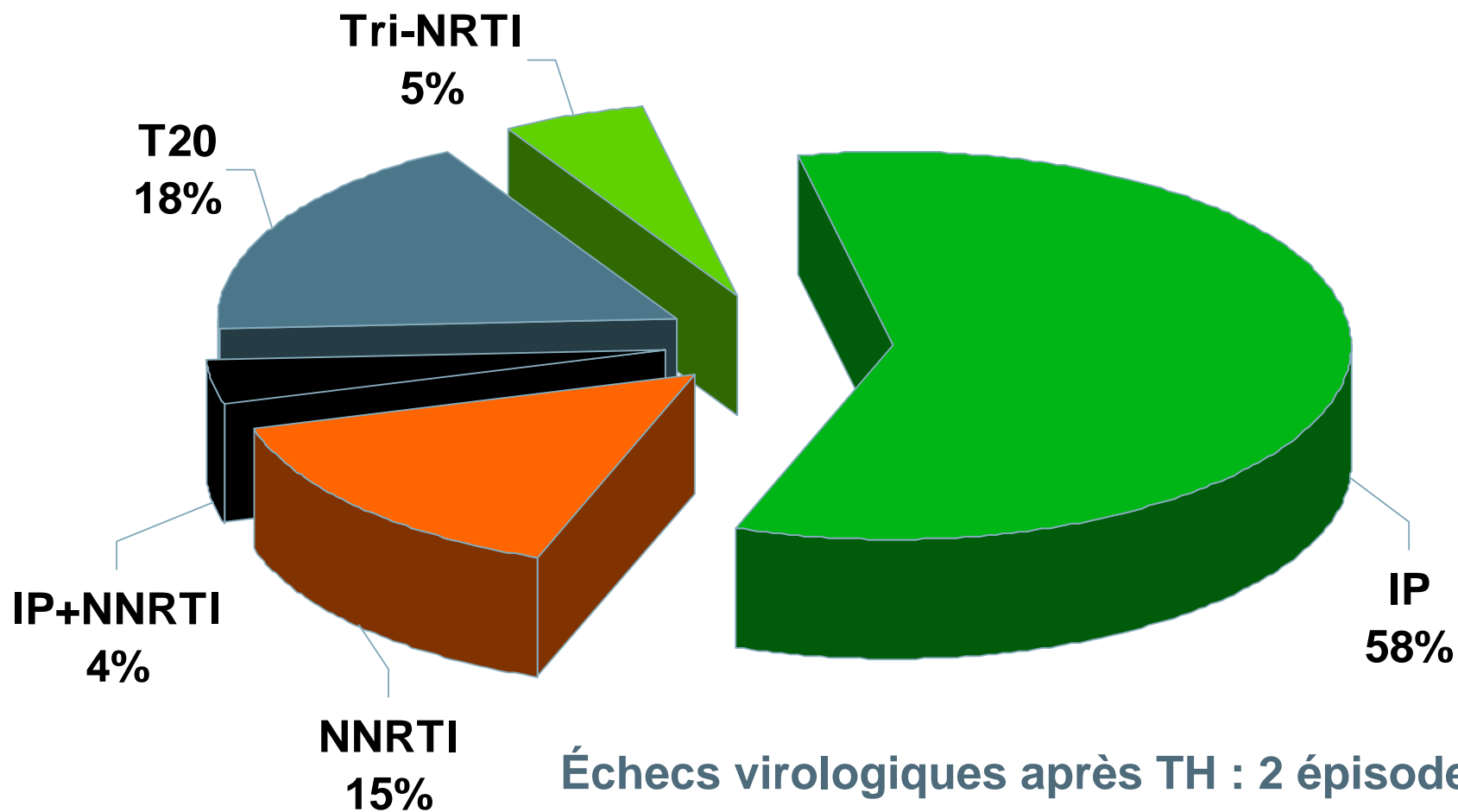
- Depuis 1999 : 84 patients (16 femmes / 68 hommes)
- Age moyen à la TH : 44 ans (29-63)
- Causes de transplantation:
  - 1 hémochromatose
  - 2 hépatites fulminantes
  - 3 Hyperplasie nodulaire régénérative
  - 13 cirrhoses virales B
  - 65 cirrhoses virales C



# Protocole thérapeutique

- **Traitement immunosuppresseur : corticoïdes et ciclosporine ou tacrolimus +/- mycophénolate mofétil**
  - ➔ **Contrôle régulier de la concentration résiduelle des immunosuppresseurs**
- **Prophylaxie des infections opportunistes (Bactrim, Rovalcyte, +/-Ambisome)**
- **Traitement antirétroviral pour le VIH**
  - ➔ **Fenêtre thérapeutique entre J0 (TH) et J15**



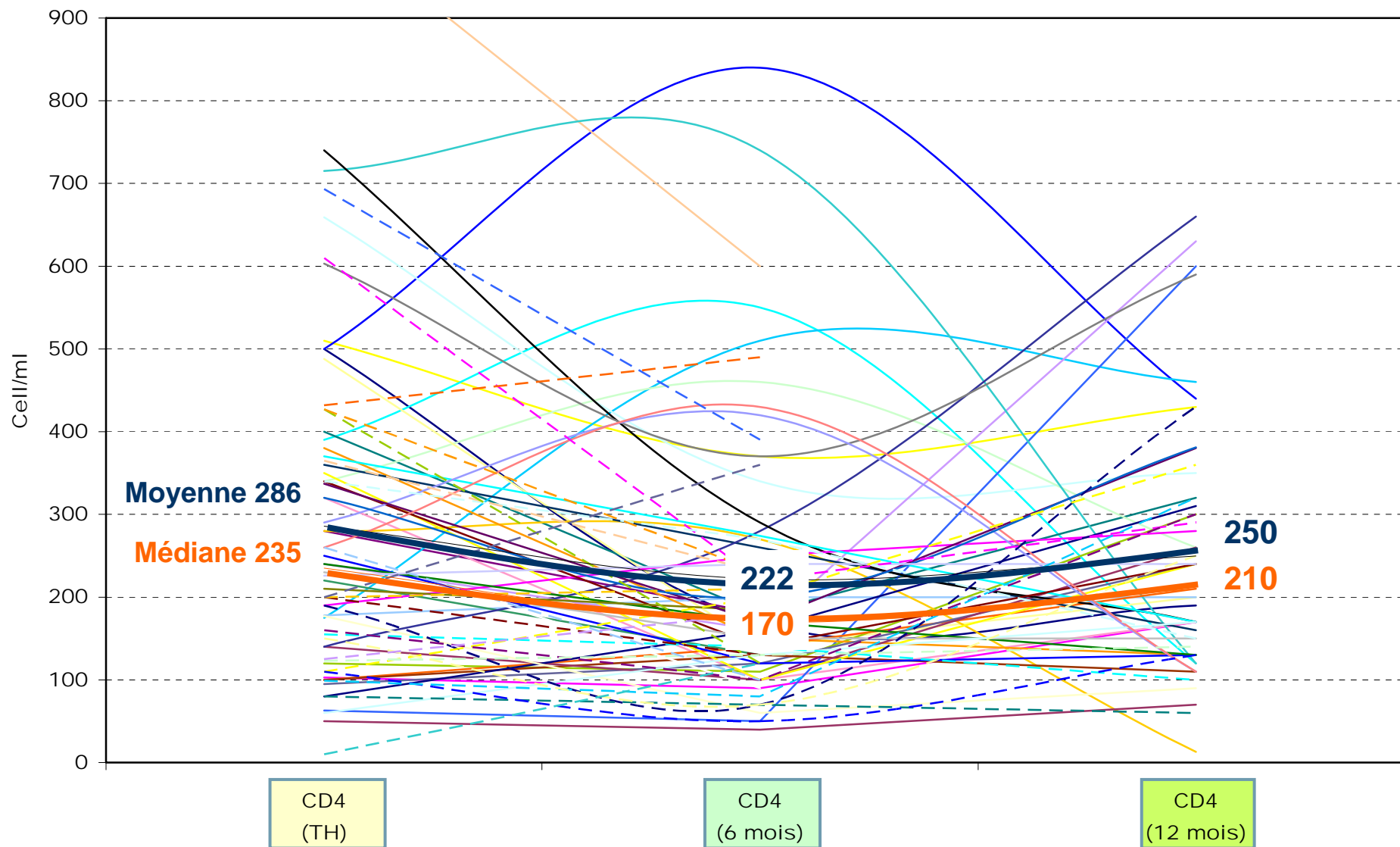


Échecs virologiques après TH : 2 épisodes

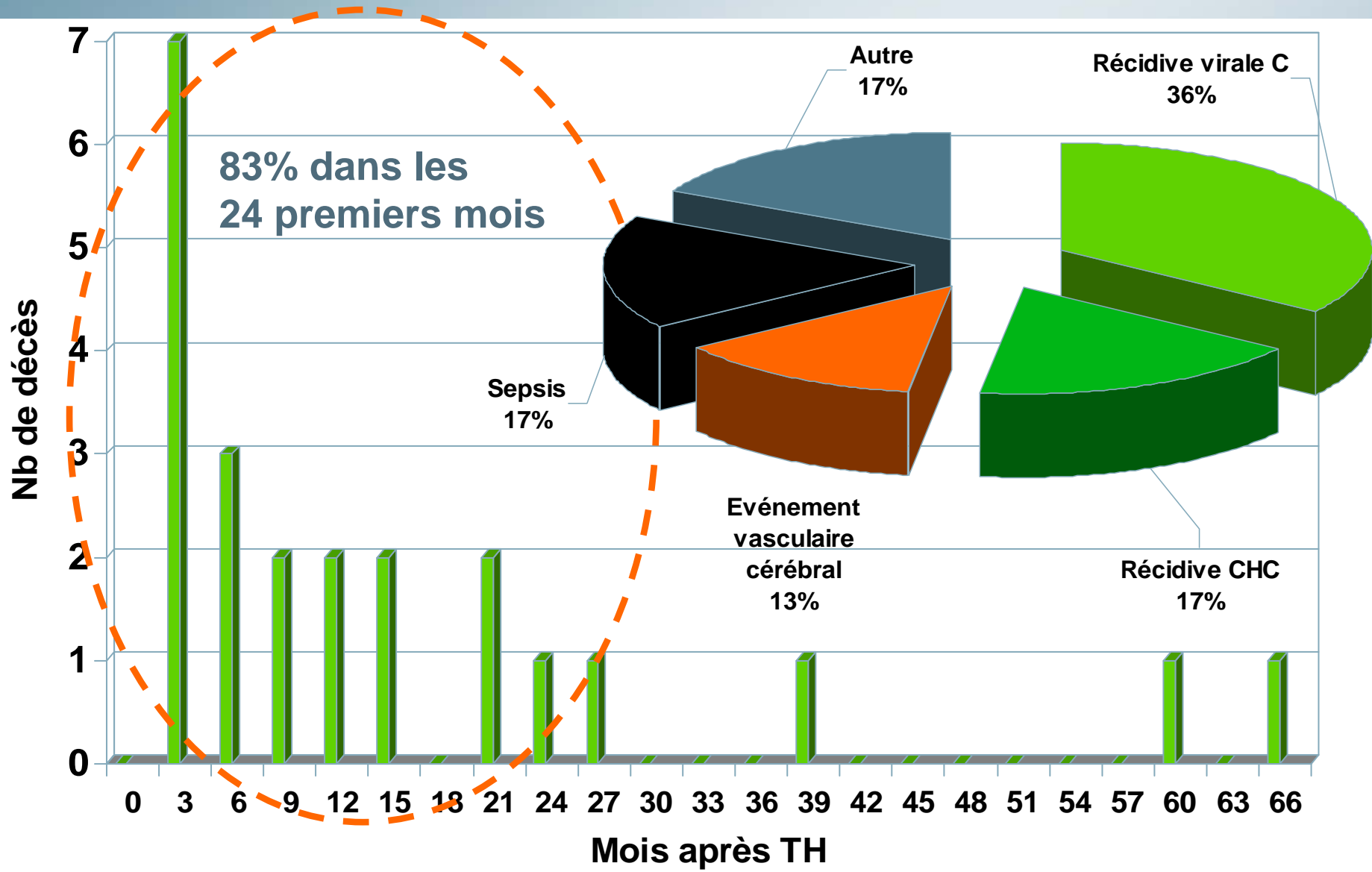
- Résistance au T20 Mutation N43D
- Résistance à l'AZT, d4T, 3TC (M184 – T215Y)



# Évolution CD4



# Mortalité : 23 décès



# Récidive VHC

- **Rechute du VHC après TH : 100% si la PCR en amont était positive**
  - 7 cas d'hépatite fibrosante cholestatique C évoluant vers la cirrhose (< 1 an de la TH)
  - 7 Cas de cirrhose virale C évoluant < 2 ans de la TH
  - 3 Récidive précoce du CHC (2 mois, 3 mois, 1 an)
  
- **Traitement anti-VHC chez 23/65 patients co-infectés VHC (35%)**



# Complications

- **Complications infectieuses liées au VIH**
  - Infections opportunistes : 2 cas de candidoses oesophagiennes
  
- **Complications non infectieuses**
  - Insuffisance rénale : 26 cas (31,3%)
  - Diabète cortico-induit : 7 cas (8,3 %)
  - Infarctus du myocarde : 3 cas (3,5%)



# Discussion

- **La maladie VIH ne semble pas s'aggraver sous immunosuppresseurs**
  - ➔ Il n'y a pas d'effet délétère sur le taux de lymphocytes T CD4
  - ➔ Un contrôle virologique VIH strict
  - ➔ Il n'y a pas des maladies opportunistes graves
  - ➔ L'observance du patient est fondamentale
  - ➔ Sélection rigoureuse des patient
  
- **La co-infection VIH-VHC aggrave le pronostic du patient transplanté**
  - ➔ Virulence de la récidence VHC
  - ➔ Évolution rapide vers la cirrhose



- **ARV + Immunosuppresseurs : nouvelles pistes de traitement (Fuzeon, Raltegravir, Maraviroc)**
- **Peg IFN + Rebetol : éviter l'AZT, d4T, DDI pour réduire la toxicité**
- **Surveiller l'effet du cocktail Corticoïdes, immunosuppresseurs, ARVs et risque cardiovasculaire**



# Conclusion

- La TH est complexe mais réalisable chez les patients infectés par le VIH moyennant un respect des critères de sélection stricts, une discipline des patients et des médecins et une prise en charge multidisciplinaire

