

Recommandations AFEF sur la prise en charge de l'hépatite virale C

French guidelines for the treatment of hepatitis C virus infection



Pr Victor de Lédinghen

Service d'hépatogastroentérologie,
Hôpital Haut-Lévêque,
CHU de Bordeaux, Pessac.

Le 27 mars 2017, l'Association française pour l'étude du foie (AFEF) a publié l'actualisation de ses recommandations sur la prise en charge de l'hépatite virale C (VHC) [1].

L'objectif principal du traitement est la guérison virologique, c'est-à-dire l'obtention d'une réponse virologique soutenue (RVS), avec un ARN du VHC indétectable 12 semaines après la fin du traitement. La "guérison" virologique est généralement associée à une amélioration clinique et à une lente régression des lésions hépatiques chez les malades sans cirrhose. Cependant, chez les patients ayant une fibrose sévère ou une cirrhose, même si le risque de survenue d'une décompensation de la maladie hépatique (insuffisance hépatocellulaire, hypertension portale) disparaît, le risque de survenue d'un carcinome hépatocellulaire (CHC), lui, ne disparaît pas complètement (2). L'AFEF rappelle que l'hépatite C est une maladie hépatique, et émet plusieurs recommandations en ce sens. Par exemple, en cas de fibrose sévère ou de cirrhose, un suivi spécialisé par un hépatogastroentérologue est recommandé, de même que le dépistage endoscopique des varices œsophagiennes selon les recommandations de Baveno VI et le dépistage semestriel du CHC par échographie abdominale couplée au Doppler (3).

L'accès universel au traitement est enfin une réalité

Depuis les recommandations de l'AFEF précédemment publiées (en 2015 et 2016), le développement de molécules pangénotypiques a bouleversé la prise en charge thérapeutique des patients. Il a donc été nécessaire de simplifier la stratégie thérapeutique en privilégiant les traitements pangénotypiques de courte durée, sans ribavirine, en une prise par jour, avec peu d'interactions médicamenteuses. Cette simplification s'intègre au cadre de l'accès universel au traitement de l'hépatite C annoncé en mai 2016 par Madame la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, et concrétisé pleinement le 1^{er} avril 2017. La simplification des recommandations de l'AFEF permet ainsi un traitement plus facile de l'ensemble des patients, y compris les plus vulnérables.

Un traitement de l'hépatite C le plus simple possible

Grâce aux nombreuses molécules disponibles et aux associations possibles, plusieurs schémas thérapeutiques peuvent être proposés chez les patients infectés par un VHC de génotype 1. La plupart d'entre eux sont désormais d'une durée de 12 semaines, certains pouvant même être d'une durée de 8 semaines seulement. Pour les autres génotypes, le traitement est de 12 semaines. Pour l'ensemble des génotypes, il n'existe plus aucun schéma thérapeutique comportant de la ribavirine ou ayant une durée de 24 semaines. L'objectif de cette simplification est de permettre à un grand nombre de médecins de prendre en charge l'hépatite C afin d'arriver au plus vite au contrôle de l'épidémie.

Les recommandations de l'AFEF insistent aussi sur la nécessité d'évaluer à chaque visite les interactions médicamenteuses (sans oublier l'automédication), notamment grâce au site <http://www.hep-druginteractions.org/>. En cas de co-infection VHC-VIH, les mêmes schémas thérapeutiques que ceux utilisés au cours de la mono-infection VHC peuvent être utilisés. Chez ces patients, une attention toute particulière doit être portée aux interactions médicamenteuses.

Des traitements adaptés à chaque patient

Les recommandations de l'AFEF proposent une prise en charge pragmatique des quelques patients en échec d'un traitement par les agents antiviraux directs; dans ce cas, il est recommandé de reprendre précisément l'historique du traitement (observance, interactions médicamenteuses, schéma non optimal, arrêt prématuré) ou d'identifier une réinfection virale. En cas d'échec d'un traitement par agent antiviral direct, il est recommandé de faire une évaluation des mutations de résistance (RAS) au plus près de l'instauration d'un nouveau traitement, s'il est envisagé (4).

Chez les patients qui ont une cirrhose décompensée, la prise en charge est très simple, quel que soit le génotype du VHC: sofosbuvir + velpatasvir + ribavirine pendant 12 semaines. Enfin, l'AFEF propose des schémas thérapeutiques adaptés à chaque population dite "particulière": insuffisants rénaux, patients co-infectés par le VHB, patients transplantés d'organe, adolescents et personnes âgées, usagers de drogues, personnes détenues, personnes migrantes ou en situation de précarité, personnes atteintes d'une hépatite aiguë, etc.

Le suivi des patients après "guérison virologique"

L'AFEF précise le suivi qui doit être proposé aux patients après RVS. Le dépistage du CHC par échographie Doppler abdominale semestrielle doit être poursuivi chez les patients ayant une fibrose sévère ou une cirrhose, quelle que soit la réponse au traitement. En cas de RVS, la surveillance virologique systématique n'est pas nécessaire en routine chez les patients recevant des traitements immunosuppresseurs. Après RVS, les patients sans fibrose sévère ou cirrhose et sans comorbidité hépatique (consommation d'alcool, syndrome métabolique) ne nécessitent plus de surveillance particulière s'ils ont des taux de transaminases normaux et une virémie indétectable 48 semaines après l'arrêt du traitement. Après RVS, les patients sans fibrose sévère ou cirrhose mais avec comorbidité hépatique (consommation d'alcool, syndrome métabolique) doivent bénéficier d'un suivi hépatologique à long terme.

En résumé

Ces nouvelles recommandations de l'AFEF ont pour mot-clé "simplicité". Les derniers nouveaux traitements de l'hépatite C seront disponibles en 2018. À cette date, l'AFEF devrait publier la dernière actualisation de ses recommandations pour la prise en charge de l'hépatite virale C.

V. de Lédighen déclare avoir des liens d'intérêts avec AbbVie, BMS, Gilead, Janssen, MSD.

1. AFEF. Recommandations sur la prise en charge de l'hépatite virale C. Mars 2017 (<http://urlz.fr/54Xl>).

2. Nahon P, Bourcier V, Layese R et al. Eradication of hepatitis C virus infection in patients with cirrhosis reduces risk of liver and non-liver complications. *Gastroenterology* 2017;152(1):142-156 e2.

3. De Franchis R; Baveno VI Faculty. Expanding consensus in portal hypertension: report of the Baveno VI consensus workshop: stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. *J Hepatol* 2015;63(3):743-52.

4. Pawlotsky JM. Hepatitis C virus resistance to direct-acting antiviral drugs in interferon-free regimens. *Gastroenterology* 2016;151(1):70-86.

