

Le traitement de l'hépatite C en 2018

➔ **Juliette Foucher**

(✉) Service d'Hépatologie, Hôpital Haut-Lévêque, 33604 Pessac cedex

E-mail : juliette.foucher@chu-bordeaux.fr

Objectifs

- Connaître les différents traitements disponibles et leurs modalités de prescription
- Connaître la prise en charge des comorbidités
- Quels sont les dossiers à présenter en RCP
- Connaître les modalités de suivi en particulier dans les groupes à risque

De toutes les révolutions médicales, le traitement de l'hépatite C (VHC) restera parmi les plus marquantes. On est ainsi passé d'une maladie chronique difficilement guérissable chez un petit nombre de patients, au prix d'effets secondaires majeurs, à une guérison quasiment pour tous, en quelques semaines grâce à un traitement avec peu d'effets secondaires.

Depuis fin 2016, le traitement du VHC est disponible pour tous les patients qui le souhaitent, sans restriction notamment sur le stade fibrose. Une évaluation de la fibrose reste nécessaire afin de diagnostiquer les fibroses sévères et les cirrhoses qui devront bénéficier d'un suivi à long terme après la guérison [1]. Une évaluation des comorbidités telles que les autres affections virales (VIH, VHB), le syndrome métabolique (diabète, HTA, dyslipidémie et surpoids) et la consommation excessive d'alcool doivent être réalisés avant de débiter le traitement VHC pour limiter le risque de progression vers une hépatopathie fibrosante malgré la guérison virale [1].

Plusieurs classes thérapeutiques d'antiviraux à actions directs (AAD) sont actuellement disponibles pour traiter le VHC. On retrouve les inhibiteurs de la polymérase NS5B, les inhibiteurs de la protéase NS5A, et les inhibiteurs de la protéase NS3/NS4A. La base du traitement de l'hépatite C consiste à associer ces molécules antivirales entre elles (le plus souvent dans 1 comprimé unique) de manière à obtenir une efficacité importante combinée à une barrière de résistance élevée [2]. On peut ainsi limiter la sélection de virus porteurs de mutation de résistance, susceptibles d'entraîner un échec au traitement. Le choix de l'une ou l'autre de ces associations est encore actuellement conditionné par le génotype viral, la présence ou non d'une cirrhose,

d'une insuffisance rénale ainsi que l'échec à un précédent traitement par anti-viraux directs. Toutes les associations utilisées actuellement ont une efficacité supérieure à 90 % de guérison [2]. Les AAD sont généralement bien tolérés. Les effets secondaires les plus fréquents sont une asthénie, des céphalées et des nausées. Ces effets secondaires sont d'intensité modérée et surviennent chez moins de 10 % des patients traités [3].

Les traitements du VHC ne sont actuellement disponibles qu'en pharmacies hospitalières (privées ou publiques) avec rétrocession. En revanche, la présentation préalable en RCP pour validation, n'est plus obligatoire pour tous les patients. Seuls les patients greffés ou en attente de greffe, les patients en échec d'AAD, les patients cirrhotiques décompensés et les patients co-infectés par le VIH ou le VHB doivent obligatoirement être discutés et validés en RCP.

Le suivi durant le traitement permet surtout d'insister sur l'observance et sur les potentielles interactions médicamenteuses et permet également la prise en charge des comorbidités, notamment grâce à l'éducation thérapeutique. Après la guérison du VHC, la surveillance devra se poursuivre chez les patients avec fibrose hépatique en pré-traitement et chez tous les patients avec comorbidités responsables d'une atteinte hépatique. Le dépistage du carcinome hépato-cellulaire est obligatoire et indispensable chez tous les patients avec antécédent de fibrose sévère à partir du stade F3 de fibrose [2].

Les traitements de l'hépatite C se simplifient encore (antiviraux pan-génotypiques, simplification du suivi).

Pour permettre d'arriver dans quelques années à l'éradication de l'hépatite C, il est nécessaire de mettre en place une

politique de dépistage dans les populations à risque que représentent les usagers de drogue, les personnes incarcérées, les populations précaires. Cela implique une modification des pratiques de dépistage et d'accès au traitement dans ces populations.

Références

1. Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2016. D Dhumeaux.
2. Recommandations AFEF sur la prise en charge des hépatites virale C. www.AFEF.asso.fr
3. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2016. J Hepatol (2016).



LES CINQ POINTS FORTS

Le traitement de l'hépatite chronique C est accessible à tous.

L'évaluation de la fibrose est primordiale pour le suivi des patients.

Les comorbidités et les interactions médicamenteuses doivent systématiquement être recherchées.

Les traitements actuels sont pangénotypiques, d'utilisation simple et de durée courte.

La surveillance à long terme de la fibrose sévère et de la cirrhose ne doit pas être oubliée une fois la réponse virologique obtenue.