

RETOUR SUR L'EASL 2017

Congrès international sur les maladies du foie

Table des matières

Bilan OMS.....	1
Population carcérale et précaire	1
Population pédiatrique	3
Usagers de drogue.....	5
Personnes coinfectées	7

Bilan OMS

+ Actualisation épidémiologique des hépatites virales par l'OMS : *Global Hepatitis Report 2017*

Actualisation des données épidémiologiques du VHB

Il est noté une réduction de la prévalence de l'infection virale B chez les enfants de moins de 5 ans (entre 2000 et 2015) : 1,3 vs 4,7 %

Constat : 3,5 % de la population mondiale est infectée par le VHB (257 millions), et 2,7 millions de personnes sont co-infectés VIH/VHB

Actualisation des données épidémiologiques du VHC

On recense plus de 1 750 000 nouvelles infections en 2015 (liées à l'usage de drogues)

L'estimation de l'OMS : 1 % de la population mondiale est infectée par le VHC (171 millions, avec 2,3 millions de sujets co-infectés VIH/VHC

L'ensemble du *Global Hepatitis Report 2017* est consultable sur le site de l'OMS : <http://apps.who.int/iris>.

Population carcérale et précaire

Traitement du VHC piloté par une infirmière dans les prisons australiennes

Mc Donald Let al., abstr. PS-126

Prévalence du VHC de 35 à 50 % chez les détenus en Australie

Un programme de traitement des hépatites en prison dans l'État de Victoria reposant sur une équipe infirmière mobile intervenant dans 13 prisons a été développé et l'étude présentée évaluait l'efficacité des AVD délivrés dans le cadre de ce programme

Comme c'est le cas en France, la prévalence du VHC est élevée en milieu carcéral en Australie. Les chiffres de prévalence sont 40 fois plus élevés que dans la population générale, avec des taux estimés entre 35 et 50 %. Un homme sur 3 et 2 femmes sur 3 sont porteurs d'anticorps anti-VHC dans les prisons australiennes. Le temps de l'incarcération peut être une opportunité pour permettre un accès aux soins et aux traitements de populations vulnérables ou marginalisées. La mise en œuvre de cette prise en charge se heurte cependant souvent à des obstacles en lien avec l'univers pénitentiaire : transferts des détenus, peines de courte durée, accès limité aux consultations spécialisées, durées des traitements et délivrances de ceux-ci.

Dans ce contexte, l'État de Victoria a développé un programme de prise en charge et de soins piloté par une équipe de 2 infirmiers et mis en œuvre dans 13 prisons en Australie, afin de permettre l'évaluation de l'atteinte hépatique et le traitement des détenus ayant une hépatite chronique.

Cette étude a pour objectif de décrire l'efficacité des traitements par AVD délivrés dans le cadre de ce programme.

Un dépistage des hépatites virales est proposé à tous les détenus à leur entrée en prison et lors des transferts. Les patients dépistés sont adressés à l'infirmier qui se déplace au sein des établissements. Les infirmiers assurent les évaluations cliniques, mesurent l'élasticité hépatique grâce à un Fibroscan® mobile et réalisent les bilans biologiques et virologiques nécessaires. Les résultats sont analysés avec un hépatologue référent et, selon les cas, les consultations auprès de l'hépatologue sont organisées soit en télémedecine, soit en face à face, lors d'une consultation dédiée à la prison centrale. Le suivi régulier du traitement est assuré par l'infirmier.

Il y a environ 6 200 prisonniers dans l'État de Victoria et la séroprévalence du VHC y est supérieure à 30 %.

Depuis octobre 2015, 1 178 prisonniers ont été inclus dans ce programme : 718 étaient éligibles pour le traitement, 633 ont commencé les AVD à partir de mars 2016, et 244 ont atteint la semaine 12 post-traitement.

Les personnes incluses étaient de 41 ans d'âge médian, en majorité des hommes (87 %), d'origine caucasienne (71 %), de génotype G3 et G1a dans 46 % des cas pour les 2 génotypes ; 37 % avaient un résultat au Fibroscan > 9,5 kPa (donc fibrose supérieure à F2) et 92 % d'entre eux des antécédents d'injection de drogues.

Les traitements prescrits étaient répartis de la façon suivante : sofosbuvir/lédipasvir (50 %), sofosbuvir + daclatasvir (43 %), 3D ou 2D ± RBV (6 %), sofosbuvir + RBV (1 %).

Les taux de RVS12 sont de 68 % en intention de traiter et de 95 % en per protocole en raison d'un nombre élevé de perdus de vue du fait de leur libération. Deux cas de réinfections documentés ont été observés.

Cette expérience montre que les traitements par AVD peuvent être mis en œuvre en milieu pénitentiaire de façon efficace. Le système de soins mis en place, qui repose sur une équipe infirmière mobile, travaillant en lien avec des hépatologues référents grâce à des moyens de télémedecine, paraît pertinent et très adapté à l'univers carcéral. Les taux d'adhésion au programme et les taux de RVS sont très bons.

Si l'on s'en donne les moyens, le milieu carcéral peut donc offrir une opportunité pour faire entrer dans le soin et traiter une population à haut risque avec le double but de réduire la morbidité individuelle mais aussi la prévalence et l'incidence de l'infection au sein des prisons.

Bonne efficacité du parcours de soin en per protocole Importance des perdus de vue impactant les résultats

+ Dépistage, évaluation et traitement du VHC dans des centres d'accueil pour SDF

La présentation de *Hashim A et al (abstr. THU-179)* a décrit le développement d'un service de soins communautaire pour dépister, évaluer et traiter les atteintes hépatiques chroniques chez des adultes sans domicile fixe. Ce service de soins fait partie d'un programme de dépistage, d'évaluation et de traitement du VHC dans des centres d'hébergement et d'accueil pour SDF en Angleterre

Depuis octobre 2015, dans 2 centres d'hébergement et dans 1 centre de soins primaires du Sud-Est de l'Angleterre, à chaque adulte de plus de 40 ans est proposé :

-une évaluation de la consommation d'alcool et de la consommation de drogues

-un dépistage du VIH, du VHC et du VHB ;

-une évaluation de la fibrose par Fibroscan® ;

-un traitement anti-VHC pour les personnes présentant une hépatite chronique C.

Dans cette étude, 84 sujets ont été inclus, dont 80 % d'hommes, l'âge moyen est de 50,5 ans ± 5 ans, et 58 % sont sans domicile ou hébergés en centre d'hébergement.

Une atteinte hépatique a été retrouvée chez 27 % d'entre eux et une cirrhose chez 18

% ;

Les facteurs associés aux atteintes hépatiques étaient : l'alcool (52 %), le VHC (13 %) ou les 2 (35 %). La prévalence des anticorps anti-VHC était de 43%, celle des anti-HBc (VHB) de 18% et celle des AC anti-VIH de 2 %.

On note les taux très élevés de la consommation excessive d'alcool (60 %), d'une alcoolodépendance (45 %), de consommation actuelle ou passée de drogue (77 %) ou de troubles psychiatriques (68 %) dans cette population.

Parmi les 36 patients dépistés positifs pour les anticorps anti-VHC, 27 (77 %) ont un ARN VHC positif et 7 ont commencé un traitement antiviral.

Les auteurs soulignent la pertinence de cette offre de soins délocalisée face à la prévalence élevée des atteintes hépatiques dans cette population, sa très bonne acceptation, ainsi que l'intérêt du Fibroscan mobile pour évaluer l'atteinte hépatique rapidement.

Population pédiatrique

+ histoire naturelle du VHC après infection dans l'enfance ou l'adolescence

L'étude de *Modin L et al, (abstr. LBP-525)*, a pour objectif de décrire l'épidémiologie et l'histoire naturelle de l'infection VHC chez des personnes infectées dans l'enfance ou l'adolescence par le VHC. À partir d'une cohorte nationale à laquelle contribuent 51 hépatologues "adultes" et 7 centres de pédiatrie au Royaume-Uni, 1 014 personnes vivant avec le VHC entre 0 et 18 ans ont été incluses. Les caractéristiques démographiques, les modes de contamination, le génotype et le degré d'atteinte hépatique ont été recherchés pour chaque personne.

72 % étaient des hommes, 90 % étaient d'origine caucasienne, avec un virus de génotype 1 dans 57 % des cas, de génotype 3 dans 35 % des cas et de génotype 2 dans 5,4 % des cas.

Le mode de contamination retenu était un usage de drogue dans 53 % des cas, une transfusion dans 24 % des cas et une transmission périnatale (de la mère à l'enfant) dans 11 % des cas. Le délai moyen entre la date présumée de contamination et le diagnostic était de 22 ans, mais il variait selon le mode de contamination (2 ans pour la transmission périnatale, 29 ans pour la transfusion et 38 ans pour l'usage de drogue). Les comorbidités associées étaient: infection VIH (4 %), maladie de l'hémostase ou coagulation (8 %), consommation d'alcool actuelle (37,5 %), antécédent de consommation d'alcool (44 %), consommation excessive d'alcool (35 %).

À l'inclusion dans l'étude, 65 % des personnes présentaient une hépatite chronique, 27 % une cirrhose, 5 % un carcinome hépatocellulaire et 5 % avaient été transplantés.

L'âge des personnes au moment de la cirrhose était de 36 ans pour les contaminations périnatales, de 45 ans pour les transfusions et de 48 ans pour les usagers de drogue.

En médiane, 35 % des personnes infectées par le VHC dans l'enfance développent une cirrhose à un âge médian de 48 ans (12-65). Le délai médian entre la contamination et le dépistage est de 22 ans

Au total, plus d'un tiers des patients contaminés dans l'enfance ou l'adolescence développent une cirrhose avant l'âge de 50 ans, ce qui incite à traiter plus rapidement les personnes contaminées dans l'enfance.

SOF/LDV ± RBV chez des enfants de 6 à 11 ans

D'après Murray KF et al., abstr. PS-101

étude multicentrique ouverte incluant 89 enfants de 6 à 11 ans

Traitement à posologie pédiatrique par SOF/LDV : 200/45 mg/j

87 patients G1 ou G4 : SOF/LDV 12 semaines

1 patient G1 cirrhotique NR : SOF/LDV 24 semaines

2 patients G3 : SOF/LDV + RBV 24 semaines

Alors que l'accès aux AVD a révolutionné la prise en charge thérapeutique chez l'adulte, peu de données sur l'utilisation de ces molécules chez l'enfant sont actuellement

disponibles. L'association SOF/LDV a récemment été approuvée aux États-Unis pour les enfants de plus de 12 ans ou de plus de 35 kg, mais, pour les enfants plus jeunes, la seule option thérapeutique restait l'utilisation de l'IFN. Cette étude multicentrique ouverte présente les résultats d'efficacité et de tolérance de cette association utilisée à dose adaptée (demi-dose de la posologie adulte : 200 mg/45 mg) chez des enfants de 6 à 11 ans infectés par un virus de génotype 1 (n = 86), 4 (n = 2) ou 3 (n = 2). Le traitement était prescrit à la posologie de 1 comprimé par jour pendant 12 semaines, sauf chez 1 patient cirrhotique en échec d'un premier traitement qui l'a reçu pendant 24 semaines et chez les 2 patients de génotype 3, traités pendant 24 semaines avec de la ribavirine.

Des dosages pharmacologiques ont été réalisés et montrent des concentrations plasmatiques équivalentes à celle connues et observées chez l'adulte. La réponse virologique du bras 12 sem à S12 est de 99 %, et la tolérance du traitement est très bonne, sans aucun effet secondaire grave imputable au traitement. Le jeune patient traité 24 semaines (déjà en cirrhose) a eu une RVS, ainsi que les deux de génotype 3 traités 24 sem en rajoutant de la RBV.

Ces résultats autorisent à envisager dans un avenir proche la prise en charge thérapeutique des enfants sans attendre leur adolescence et sans avoir recours à l'IFN même si pour l'instant aucun AVD n'a l'AMM chez l'enfant ou l'adolescent en France. Une étude est actuellement en cours chez les enfants âgés de 3 à 6 ans.

- Dosages plasmatiques retrouvant des valeurs identiques à celles observées chez l'adulte
- Bonne tolérance : pas d'effet secondaire grave attribué au traitement
- **L'association SOF/LDV à dose adaptée est efficace et bien tolérée chez les enfants de 6 à 11 ans**

Traitement des adolescents G1 et 4 par OBV/PTV/r ± DSV ± RBV : résultats de l'étude ZIRCON

D'après Leung DH et al., abstr. THU-251

Étude multicentrique ouverte

38 adolescents : ≥ 12-17 ans

G1a (n = 16), G1b (n = 15),

G4 (n = 7)

1 patient cirrhotique et 13 prétraités

L'étude ZIRCON présentée ici comporte deux parties. La première a pour objectif de définir les caractéristiques pharmacocinétiques de l'association OBV/PTV/r + DSV ± RBV chez des adolescents infectés par un génotype 1 et recevant le traitement pendant 12 semaines. L'objectif de la seconde partie est d'évaluer la tolérance et l'efficacité de cette association pendant 12 ou 24 semaines chez des adolescents infectés par un génotype 1 ou OBV/PTV/r + RBV pendant 12 semaines en cas de génotype 4.

Trente-huit adolescents âgés de 12 à 17 ans ont été inclus dans 18 centres issus de 5 pays. L'âge moyen est de 15 ans (12-17), le poids médian est de 66 kg (48,5-118,7). Seize patients sont de génotype 1a, 15 de génotype 1b, et 7 de génotype 4. Treize patients sont en échec d'un précédent traitement, et un 1 patient est cirrhotique.

Les résultats de la première partie montrent une exposition aux antiviraux identique à celle observée chez les adultes.

Dans la seconde partie, la RVS12 est de 100 %. La tolérance des traitements a été bonne : aucun effet secondaire grave n'est survenu pendant le traitement, aucun arrêt de traitement n'est intervenu, et aucun effet secondaire biologique de grade 3 ou 4 n'a été observé.

L'association OBV/PTV/r ± DSV ± RBV paraît donc efficace et bien tolérée chez les adolescents dont la morphologie semble proche de celle des adultes (poids minimal : 48,5 kg). Une étude est en cours chez des enfants plus jeunes.

RVS12 : 100 %

Bonne tolérance

Dosages pharmacologiques : exposition comparable à celle observée chez les adultes, sans adaptation de dose

Usagers de drogue

+ Dépistage répété du VHC chez les UDIV

D'après Stephens B et al., abstr. THU-196

Cette présentation écossaise décrit la mise en place d'un dépistage du VHC par buvard chez des usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI) actifs sur les lieux fréquentés par ceux-ci. L'objectif était de proposer une méthode permettant un dépistage régulier chez les UDI pour leur proposer une prise en charge thérapeutique précoce. Un dépistage par buvard était proposé régulièrement aux personnes dans les lieux de réduction des risques accueillant les UDI en Écosse. Toutes les personnes dépistées négatives étaient invitées à un nouveau dépistage une fois par an. Un recueil des infections récentes, identifiées par une séroconversion, était réalisé.

Depuis 2009, 1 866 UDI ont été testés ; 25 % étaient positifs pour le VHC lors de leur premier test. Un grand nombre de patients ont effectués de nouveaux tests au cours du suivi avec un nombre important de nouvelles infections identifiées.

Le dépistage par buvard qui ne nécessite pas de prise de sang dans une veine a été bien accepté. Plus de 80 % des UD testés sont venus chercher leur résultat et un grand nombre des dépistés positifs ont accepté les soins et le traitement antiviral.

La fréquence des séroconversions dans cette population à risque nécessite de mettre en œuvre un dépistage régulier par des outils adaptés à la population. Les auteurs décrivent les bons résultats et la bonne acceptabilité du traitement antiviral chez 105 de ces patients.

Ces bons résultats reposent sur une prise en charge de proximité, avec une proposition de soin sur les lieux fréquentés par les usagers et par des soignants qu'ils connaissent. Pendant la période thérapeutique, un suivi hebdomadaire des patients est assuré sur place par une infirmière dédiée à cet accompagnement.

Au cours du suivi, 28% des sujets qui étaient initialement VHC négatif ont été infectés. Ce dépistage simple et répété a été très bien accepté, avec 80% d'UDI venant chercher leurs résultats.

+Traitement du VHC chez les usagers de drogue. Étude PREVAIL

D'après Litwin AH et al., abstr. PS-130

Cette étude américaine a comparé 3 stratégies d'administration des antiviraux et évaluant leur impact sur l'observance et la RVS chez 150 usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI) substitués et traités sur le lieu de délivrance de leur substitution

L'étude PREVAIL comparait 3 stratégies de délivrance du traitement antiviral VHC chez des usagers de drogue substitués. La première stratégie repose sur la délivrance du traitement par un soignant au sein du centre de substitution en même temps que la délivrance des TSO. La seconde repose sur un soutien à l'observance par la participation hebdomadaire à un groupe de pairs au sein du centre de substitution. Elles sont comparées à une prise individuelle et autonome du traitement par le patient. L'observance était évaluée par l'utilisation de piluliers électroniques et par des questionnaires patients.

Cent cinquante UDI de génotype 1 ont été traités entre 2013 et 2016 par les schémas thérapeutiques recommandés au moment de la prescription; 65 % des patients rapportaient un usage de drogue au cours des 6 derniers mois et la recherche de toxique était positive dans les urines chez 51 % ; 75% étaient des injecteurs actifs, et le traitement de substitution était de la méthadone dans 98 % des cas et dans 2 % de buprénorphine. Des comorbidités psychiatriques étaient retrouvées dans 44 % des cas. 85 % avaient un génotype 1a, 27 % étaient cirrhotiques et 10 % avaient déjà été traités dans le passé. Les traitements antiviraux reçus étaient selon l'année: Peg-IFN + RBV + Telaprevir (n = 3), Peg-IFN +RBV+ Sofosbuvir (n = 15), Sofosbuvir + RBV (n = 17), Sofosbuvir +Simeprevir (n = 11), Sofosbuvir + Ledipasvir (n = 104).

L'observance évaluée par les méthodes objectives était meilleure dans le groupe soignant (infirmière) que dans les 2 autres bras. L'observance globale était de 75 % dans le bras Infirmière, de 61% dans le bras groupe et de 62 % dans le bras individuel. 97 % des patients ont terminé leur traitement, sans différence entre les 3 bras. La RVS12 était bonne dans les 3 bras de traitement (94 % en médiane), mais avec une meilleure RVS dans le bras Infirmière (98 % Infirmière, 94% groupe pairs et 90 % groupe individuel). L'observance était associée à la RVS12 et un gain de 10 % d'observance était associé à une meilleure SVR. Les consommations de drogue n'étaient pas modifiées pendant le traitement et n'avaient pas d'impact sur la RVS.

Au total, cette étude montre la pertinence et l'efficacité de stratégies de traitement conduites sur les lieux de prise en charge des UDIV et démontre le bénéfice d'un suivi infirmier "rapproché" sur l'observance et l'efficacité du traitement.

97% des patients ont terminé le traitement et la RVS globale est de 94%. On note une meilleure observance et un meilleur taux de RVS12 dans le bras Infirmière. Comme dans d'autres études, celle-ci confirme l'absence d'impact de l'usage de drogue sur la RVS.

Traitement par AVD chez les patients recevant un traitement de substitution aux opiacés (TSO)

- D'après Grebely J et al., abstr. FRI-235 et FRI-236

Analyse rétrospective des essais pivots des associations SOF/VEL/VOX et OBV/PTV/r + DSV ± RBV ayant pour but d'évaluer l'efficacité et la tolérance de ces associations chez des patients traités par TSO

Deux posters sont consacrés à des analyses a posteriori des essais pivots des associations sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprévir (SOF/VEL/VOX) et ombitasvir/paritaprévir/ritonavir + dasbuvir ± ribavirine (OBV/PTV/r/DSV ± RBV) ayant pour but d'évaluer dans ces larges cohortes l'efficacité et la tolérance de ces 2 associations chez les patients recevant un traitement de substitution aux opiacés.

Pour l'association OBV/PTV/r + DSV ± RBV, l'analyse inclut 4 747 patients de génotype 1 issus de 12 études de phase II et III. Parmi ces patients, 149 (3 %) recevaient un TSO qui était de la méthadone dans 38 % des cas, de la buprénorphine associée ou non à la naloxone dans 38 % des cas et une autre substitution dans 10 % des cas. Les patients substitués étaient plus souvent de génotype 1a (82 versus 52 %), plus souvent des hommes (75 versus 57 %), plus jeunes (49 versus 54 ans), plus souvent naïfs de traitement (61 versus 76 %) et plus souvent fumeurs (72 versus 30 %). La prévalence de la cirrhose était équivalente dans les 2 groupes. La proportion de patients parvenus au terme du traitement était identique dans les 2 groupes, mais l'observance était moins bonne dans le groupe substitué (70 versus 88 %). La RVS12 était identique dans les 2 groupes et les 4 réinfections survenues durant le suivi n'ont pas été observées chez des patients substitués. La tolérance était elle aussi identique dans les 2 groupes.

Pour l'association SOF/VEL/VOX, l'analyse a inclus 1 056 patients de génotype 1 à 6 issus des études POLARIS1, 2, 3 et 4 évaluant cette association pendant 8 ou 12 semaines. Parmi ces patients, 49 (4,8 %) recevaient un TSO, qui était de la méthadone dans 59 % des cas, de la buprénorphine dans 34 % des cas, de la naltrexone seule dans 4 % des cas et associée à la buprénorphine dans 2 % des cas. Le génotype 3 était plus fréquent dans le groupe substitué (53 versus 30 %), ainsi que la proportion de patients cirrhotiques (48 versus 37 %). Tous les patients substitués sont parvenus au terme du traitement, et l'observance était identique dans les 2 groupes. La tolérance était similaire et aucun effet secondaire grave n'a été observé chez les patients substitués. La RVS12 était identique dans les 2 groupes et aucun échec n'a été mis en évidence chez les patients substitués (2 perdus de vue).

Au total, ces 2 études confirment que ces 2 associations d'AVD peuvent être utilisées chez les patients recevant une substitution avec une efficacité et une tolérance identiques.

Personnes coinfectées

Cohortes ANRS CO12 CirVir et CO13 HEPAVIH : les patients cirrhotiques co-infectés VIH/VHC n'ont plus de surrisque hépatique par rapport aux mono-infectés VHC (1)

Salmon D et al., abstr. PS-131

Avant l'ère des traitements antirétroviraux actifs, l'infection VIH était un facteur de risque de gravité accrue de la maladie hépatique liée au VHC. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'incidence des événements hépatiques et les causes de décès dans le contexte actuel de traitements anti-VIH précocement initiés ainsi que la disponibilité des AVD du VHC. Les patients de cette étude ont été recrutés dans 2 cohortes prospectives françaises, la cohorte CirVir (patients mono-infectés par le VHC) et la cohorte HEPAVIH (patients co-infectés VIH/VHC). Tous les patients de cette sous-étude avaient une cirrhose histologiquement prouvée, un AgHBs négatif et une absence de complication antérieure de la cirrhose. Les critères de jugement étaient la décompensation hépatique, le CHC et le décès. Au final, 1 253 patients mono-infectés et 175 co-infectés ont été étudiés.

Les patients co-infectés étaient plus jeunes (de 9 ans), moins fréquemment diabétiques, et avaient un IMC plus bas que les mono-infectés. À l'inverse, la consommation de tabac et d'alcool était plus élevée. À l'inclusion dans les cohortes, les taux de RVS et la sévérité de la cirrhose (plaquette et albumine) étaient identiques. Pour les patients VIH, le taux de CD4 médian était de 419/mm³ et 81,7 % avaient un ARN VIH indétectable. Après un suivi médian de 4,7 ans, 340 patients (23,8 %) ont présenté au moins un événement hépatique et 189 (13,2 %) sont décédés. Les taux de RVS en fin de suivi sont de 52 % chez les mono-infectés et de 47 % chez les co-infectés. L'incidence à 5 ans des complications hépatiques (*diapositive*) est identique dans les 2 groupes. Après ajustement sur l'âge, la mortalité demeure plus élevée chez les patients co-infectés (*diapositive suivante*). La différence de survie est expliquée par des causes de décès différentes (*diapositive*), les patients VIH, même cirrhotiques décédant majoritairement de causes non hépatiques.

Chez les patients cirrhotiques, la co-infection par le VIH ne constitue donc plus un surrisque de décompensation ou de CHC. Elle représente néanmoins encore un risque accru de décès, principalement lié à des causes extra-hépatiques.

La co-infection VIH n'est plus associée à un surrisque de CHC et de décompensation hépatique

La mortalité globale demeure plus élevée, en rapport avec les causes de décès extra-hépatiques

Traitement par SOF/VEL chez des usagers de drogue injecteurs

Grebely J et al., abstr. FRI-234

Plusieurs études ont montré l'absence d'impact des traitements de substitution aux opiacés sur la réponse virologique. Pour certains praticiens, la poursuite d'une consommation de drogue intraveineuse peut rester un obstacle à l'accès au traitement antiviral. Face à ce constat, cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité et la tolérance d'un traitement par SOF/VEL pendant 12 semaines chez des patients porteurs d'une hépatite chronique C de génotype 1 à 6 et ayant récemment consommé de la drogue par voie intraveineuse (< 6 mois).

Cent trois patients ont été inclus entre mars et octobre 2016 dans 19 centres ; 24 % des patients avaient moins de 40 ans et 28 % étaient des femmes. Durant le mois précédant l'étude, 12 % des patients n'avaient ni injecté ni reçu de substitution, 32 % avaient injecté sans recevoir de substitution, 15 % étaient substitués et n'avaient pas injecté, et 42 % étaient substitués et avaient injecté. 35 % des infections étaient liées à un génotype 1, 5 %

à un génotype 2, 58 % à un génotype 3, et 2 % à un génotype 4. La majorité des patients avaient une fibrose minimale F0-F1 (62 %), 28 % avait une fibrose F2-F3 et 9 % étaient cirrhotiques.

Quatre-vingt-dix neuf des 103 patients sont parvenus au terme du traitement, 3 ont été perdus de vue et 1 est décédé d'une overdose. Parmi les 99 patients qui ont terminé leur traitement, 1 n'est pas encore parvenu à S12 post-traitement, 1 a été perdu de vue et 1 seul patient a repositivé son ARN soit en lien avec une rechute, soit avec une réinfection. Au total, la RVS12 est donc de 94 % avec une bonne efficacité et une bonne tolérance du traitement chez ces usagers de drogue intraveineuse actifs.