113. Co-infections par le VIH et les virus des hépatites

Recommandations 2018

Chez tous les patients

- Renforcer les messages de prévention pour prévenir les contaminations par le VHC, notamment chez les usagers de drogues et les homosexuels ou les bisexuels.
- Rechercher systématiquement une infection par le VHC ou le VHB lors de la découverte d'une infection par le VIH et maintenir une surveillance sérologique régulière, au moins annuelle, chez les sujets séronégatifs dont l'exposition au risque persiste.
- Vacciner contre l'hépatite B les patients non immunisés avec un schéma renforcé.
- Vacciner contre l'hépatite A, les patients co-infectés par le VHC ou le VHB.

Chez les patients avec une hépatite C chronique

- L'infection par le VIH aggrave le pronostic de l'infection par le VHC. Les personnes co-infectées VIH-VHC ont deux profils différents :
  - l'un, majoritaire, avec une co-infection souvent ancienne et une proportion élevée de patients ayant une fibrose sévère ou une cirrhose ;
  - l'autre correspondant aux co-infections VIH-VHC plus récentes, avec une prise en charge de l'infection par le VIH plus précoce, avec des antirétroviraux plus efficaces et moins hépatotoxiques ; l'histoire naturelle de l'hépatite chronique C se rapproche alors de celle des personnes mono-infectées VHC.
- L'instauration d'un traitement antirétroviral efficace a le plus souvent un effet bénéfique sur l'évolution histologique de l'hépatite C.
- Le critère premier de choix des ARV doit rester l'efficacité antirétrovirale et non le risque hépatotoxique éventuel.
- Les INNTI et les IP sont métabolisés par le foie *via* les cytochromes P450 tout comme le *maraviroc*. La métabolisation hépatique concerne également le *raltégravir* et l'*abacavir*. Les autres INTI n'ont pas de métabolisation hépatique.

- Choisir le traitement antirétroviral en tenant compte de l'éventualité du traitement ultérieur de l'hépatite C. De nombreuses interactions existent entre les antirétroviraux et les médicaments utilisés dans le traitement de l'hépatite C.

Chez le patient co-infecté par le VHB

- Prescrire un traitement antirétroviral comportant préférentiellement deux ARV actifs sur le VHB. Le *ténofovir* est le traitement de 1re intention anti-VHB, si possible en association avec la *lamivudine* ou l'*emtricitabine*.
- Utiliser l'*entécavir*, toujours en association avec un traitement antirétroviral efficace, chez les patients intolérants au *ténofovir*.
- Ne pas utiliser la *lamivudine* ou l'*emtricitabine* en monothérapie anti-VHB.
- Poursuivre et ne jamais interrompre sans relais un traitement antirétroviral actif sur le VHB, sauf cas exceptionnels.
- Surveiller la charge virale VHB tous les 3 mois jusqu'à ce qu'elle devienne indétectable. Une augmentation de la charge virale de plus de 1 log copies/mL doit conduire à rechercher une mutation de résistance et à adapter le traitement anti-VHB.
- Chez l'enfant, prescrire préférentiellement une association incluant 2 INTI (zidovudine + lamivudine [enf $<$ 12 ans], ténofovir DF/contricitabine [enf $\geqslant$ 12 ans]) et un 3e agent (raltégravir si âge $<$ 12 ans et rilpivirine si âge $\geqslant$ 12 ans).
- Informer les femmes sous TPE de la moindre efficacité des contraceptifs oraux en cas de TPE comportant du rétonavir ou du cobicistat et de préconiser l'utilisation systématique du préservatif pour les femmes et les hommes jusqu'aux résultats sérologiques.
- Vacciner contre le VHB les personnes exposées et non immunisées lorsque le TPE comporte du ténofovir DF, il permet de s'abstenir de l'administration d'Ig spécifiques sauf lorsque la personne source est connue comme infectée par le VHB avec virémie positive.