

Cas clinique interactif

QUEL PARCOURS DE SOINS ?

EXEMPLE DU VHC

DES-C THÉMATIQUE N° 14 HÉPATITES VIRALES
30/3/2023

Pr Gilles PIALOUX



Vice Président de la Société Française de lutte contre le Sida (SFLS)

Rédacteur en chef de www.vih.org



Déclaration de liens d'intérêts , Gilles Pialoux

**Membre de board, d'un conseil scientifique,
intervenant ou invité dans un congrès ou un symposium
d'un laboratoire pharmaceutique =
AbbVie, Gilead, MSD, AAZ, Janssen, ViiVHealthcare,
Sandoz, Vertex, Mylan, Teva, Majorelle.**

Parts sociales, activité salariée ou actions dans un laboratoire pharmaceutique : Aucune

Point sur quelques définitions :

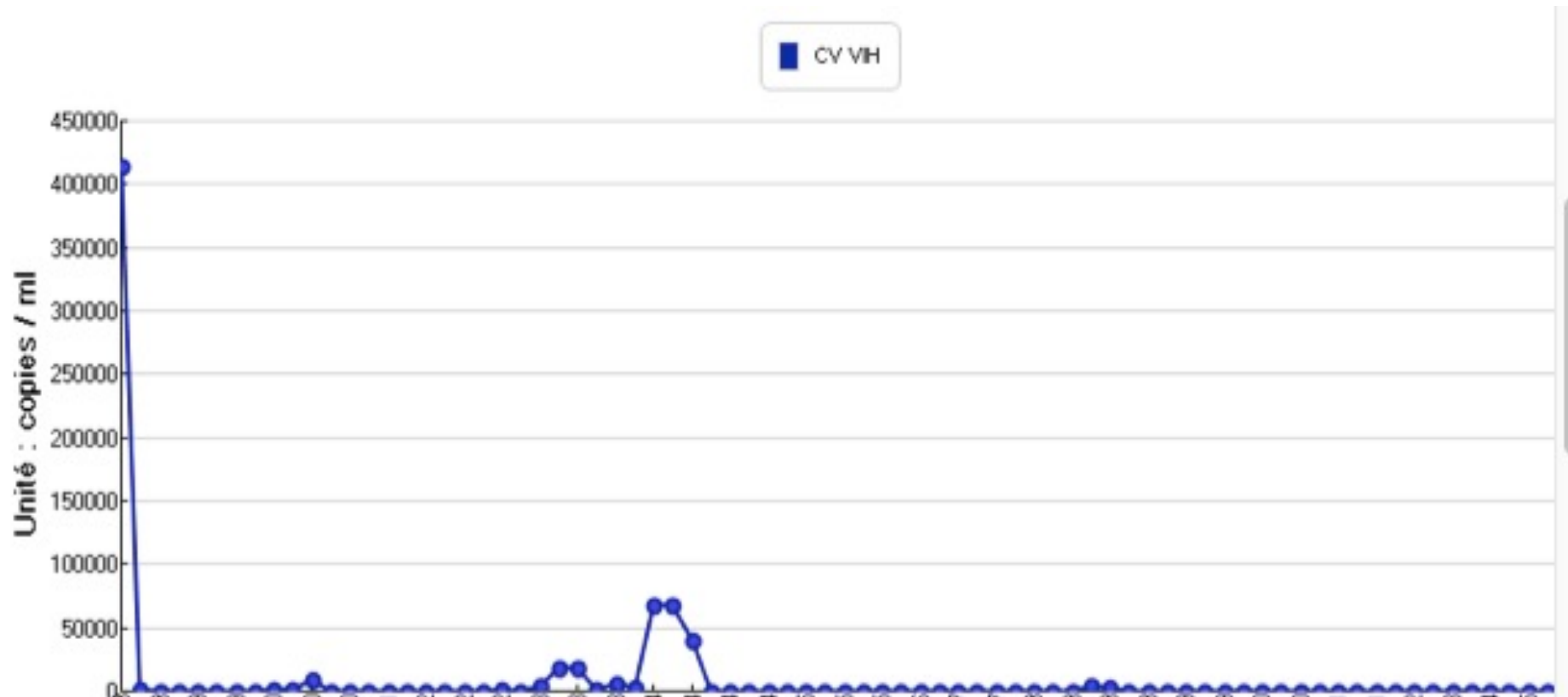
- **Parcours de soins** = Besoins sanitaires
- **Parcours de santé** = besoins sanitaires + prévention et besoins sociaux (réinfection ?)
- **Parcours de vie** = idem + environnement éducatif, professionnel, juridique, familial etc...
- **Cascade** = % de personnes s'inscrivant dans les différentes étapes, de la contamination au contrôle de la charge virale
- La réforme de l'assurance maladie de 2004 a ainsi mis en place les « parcours de soins coordonnés » avec un médecin traitant. Depuis 2012, ils sont mentionnés dans les lois de financement de la sécurité sociale et concernent le VIH et le VHC.

Histoire de Mr G.

- 66 ans, Agent comptable originaire de RDC
- 1,79 m, 100 kg (IMC : 31,2 kg/m²)
- Contamination sexuelle (se décrit comme bi-sexuel)
- VIH+ dépisté en 1998 (stade C3)
- VHC+ dépisté en 2020
- Piercing (prince Albert)
- Pratique aléatoire du ChemSex (3MMC), alcool régulier, arrêt du tabac
- Pas d'IST

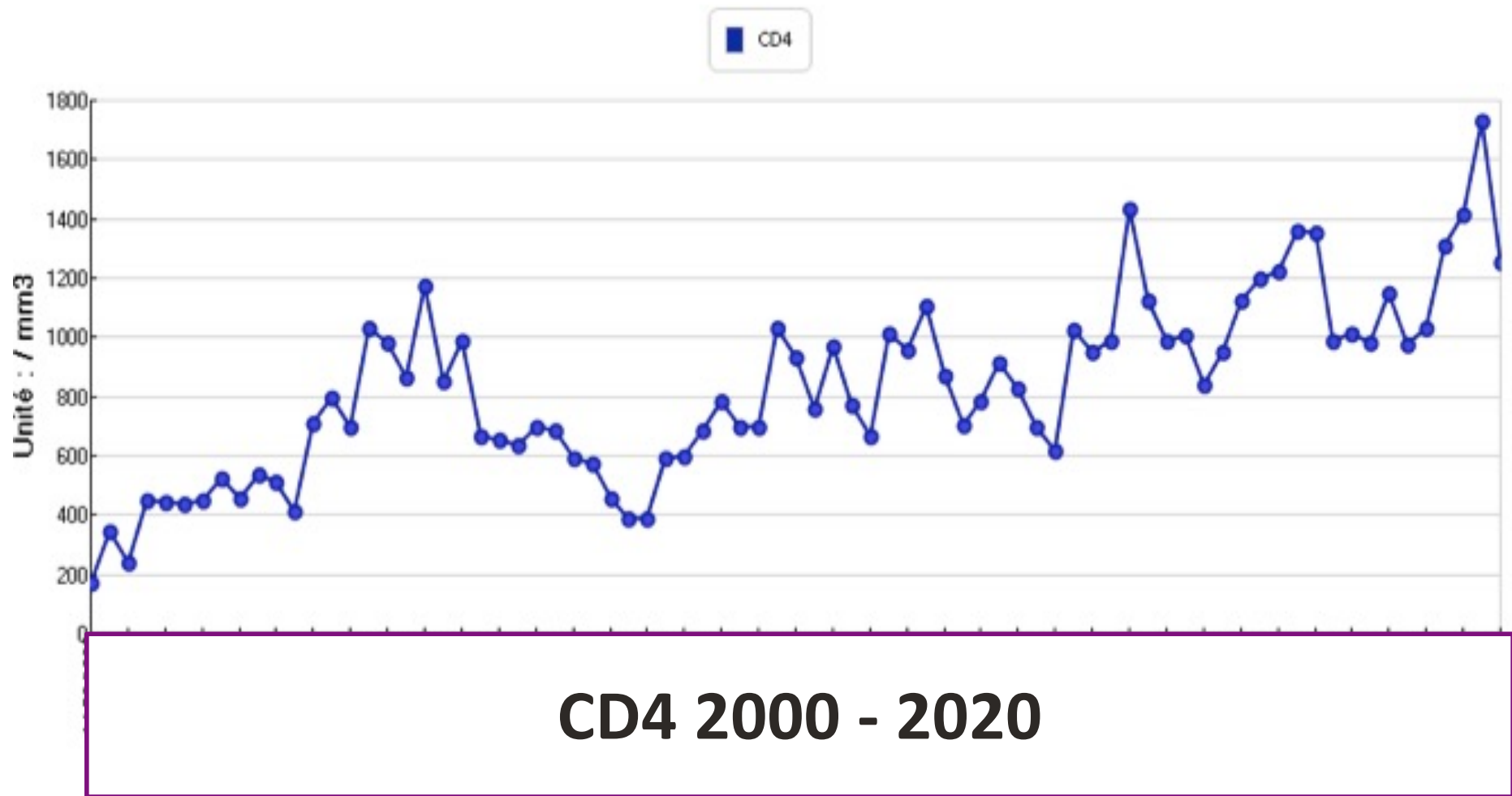
- ATCD & Co-morbidités :
 - 1998 : Kaposi cutané
 - 2002 : endocardite à Staph doré (bioprothèse aortique puis valve mécanique) : origine injection ?
 - 2008 : goutte (arthralgies +++)
 - Diabète, HTA traitées
 - Tabac 30 PA
 - Pratique du chemsex (2020) y compris expériences de SLAM (mais pas d'EtOH)
 - Aucune autre co-infection (VHB, VHA, Delta...)

Evolution de ARN VIH-1 plasma Mr G.



Charge virale VIH 2000 - 2020

Evolution des CD₄



Histoire thérapeutique du VIH >> 2000

Histoire thérapeutique	
Événement	Motif
	Fin de traitement
Celsentri (Maraviroc) + Intelence	
Celsentri (Maraviroc) + Intelence + Norvir + Prezista	Simplification thérapeutique
Celsentri (Maraviroc) + Intelence + Norvir + Reyataz	Autres effets secondaires cliniques
Intelence + Norvir + Reyataz + Truvada	Echec virologique
Isentress + Norvir + Reyataz + Truvada	Echec virologique
Isentress + Truvada	Echec virologique
Epivir + Norvir + Telzir	Adaptation pharmacologique
Norvir + Telzir	Syndrôme d'hypersensibilité
Norvir + Sustiva + Telzir	Effets secondaires rénaux
Norvir + Reyataz + Sustiva	Effets secondaires rénaux
Reyataz + Sustiva	Interaction médicamenteuse
Norvir + Reyataz + Sustiva	Dyslipidémie
Combivir + Videx	Echec virologique
Trizivir	Intolérance aux traitements
Epivir + Videx + Viread	Echec virologique
Epivir + Invirase + Norvir + Viread	Interaction médicamenteuse
Trizivir	Effets secondaires ostéo-articulaires
Combivir + Invirase + Norvir	Simplification thérapeutique
Epivir + Invirase + Norvir + Zerit	Simplification thérapeutique
Videx + Viracept + Zerit	Echec immunologique ET virologique

Traitement du VIH

- VIH+ en 1998
 - ARN plasma : 415 000 copies/mL (Zenith)
 - 172 CD₄/mm³ (17 %) (Nadir)

- Depuis 2017 : bithérapie de maintenance (allègement ?) :
Celsentri® (Maraviroc, 600 mg bid) + Intelence® (Etravirine, 200 mg bid)

ARN VIH-1 plasma < 20 copies/mL (depuis > 10 ans)

1734 CD₄/mm³ (43 %)

CCR5 +

Découverte d'infection VHC

- 1^{ère} infection VHC
- Septembre 2020 : VHC (4d)
- ARN VHC plasma = 6,9 log₁₀ UI/mL
- Fibrotest : 0,31
- Plaquettes : 193 10⁹/L
- ASAT 48 UI/L et ALAT 32 UI/L
- Hb 14,1 g/dL
- HbA1c Glycosylée : 5,6 %
- DFGe : 50 mL/min (CKD-EPI)
- Aucune manifestation extra-hépatique

Quels facteurs de risques de transmission du VHC à identifier chez ce patient ?

1. Bisexualité
2. ChemSEx
3. Pratique du SLAM
4. BMI > 30
5. Co-médications
6. Nadir de CD4 < 200
7. Pratique sex Hard (FF et autres)
8. Piercing
9. Alcoolisation
10. Originaire de RDC
11. VIH

Quels facteurs de risques de transmission du VHC à identifier chez ce patient ?

1. Bisexualité
2. ChemSEx
- 3. Pratique du SLAM**
4. BMI > 30 ?
5. Co-médications ?
6. Nadir de CD4 < 200 ?
- 7. Pratique sex Hard (FF et autres)**
8. Piercing
9. Alcoolisation
10. Originaire de RDC
11. VIH

Etude ANRS HEPAIG : HCV aigües

Pratiques sexuelles au cours des mois précédents

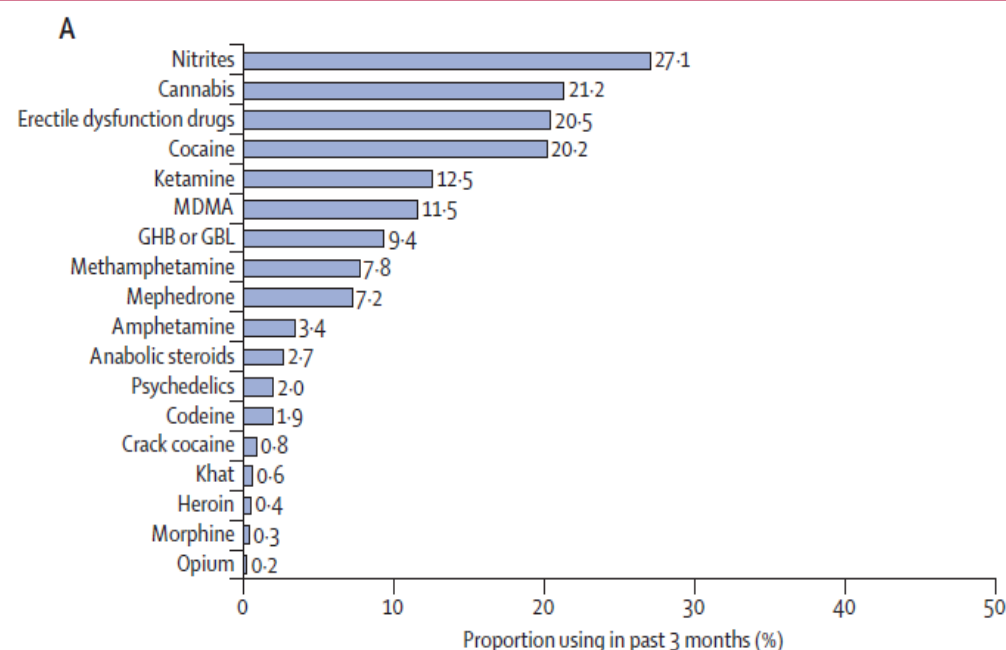
Autoquestionnaires	HEPAIG VIH+ (N= 42) 6 mois	BG* 2005 VIH+ (N=426) 12 mois	EPG# 2004 VIH+ (N=553) 12 mois
Pénétration anale	100 %	95 %	96 %
Au moins une PANPP ¹	95 %	62 %	56 %
Fist	67 %	34 %	33 %
Non protection des fists	64 %	/	/
Pratiques hard	48 %	34 %	43 %
Saignements durant les pratiques sexuelles	47 %	/	/

*étude Baromètre Gay #étude Presse Gay ¹ pénétration anale non protégée par le préservatif

Recreational drug use, polydrug use, and sexual behaviour in HIV-diagnosed men who have sex with men in the UK: results from the cross-sectional ASTRA study



Marina Daskalopoulou, Alison Rodger, Andrew N Phillips, Lorraine Sherr, Andrew Speakman, Simon Collins, Jonathan Elford, Margaret A Johnson, Richard Gilson, Martin Fisher, Ed Wilkins, Jane Anderson, Jeffrey McDonnell, Simon Edwards, Nicky Perry, Rebecca O'Connell, Monica Lascar, Martin Jones, Anne M Johnson, Graham Hart, Alec Miners, Anna-Maria Geretti, William J Burman, Fiona C Lampe




Prevalence of injection drug use was 3% (n=68).

Slam dans la FA HSH VIH +

Années	FA VIH+	HSH	%	SLAM
2013	3004	1367	45,51%	3,55 %
2014	3012	1426	47,34%	3,19%
2015	3125	1505	48,16%	3,44%

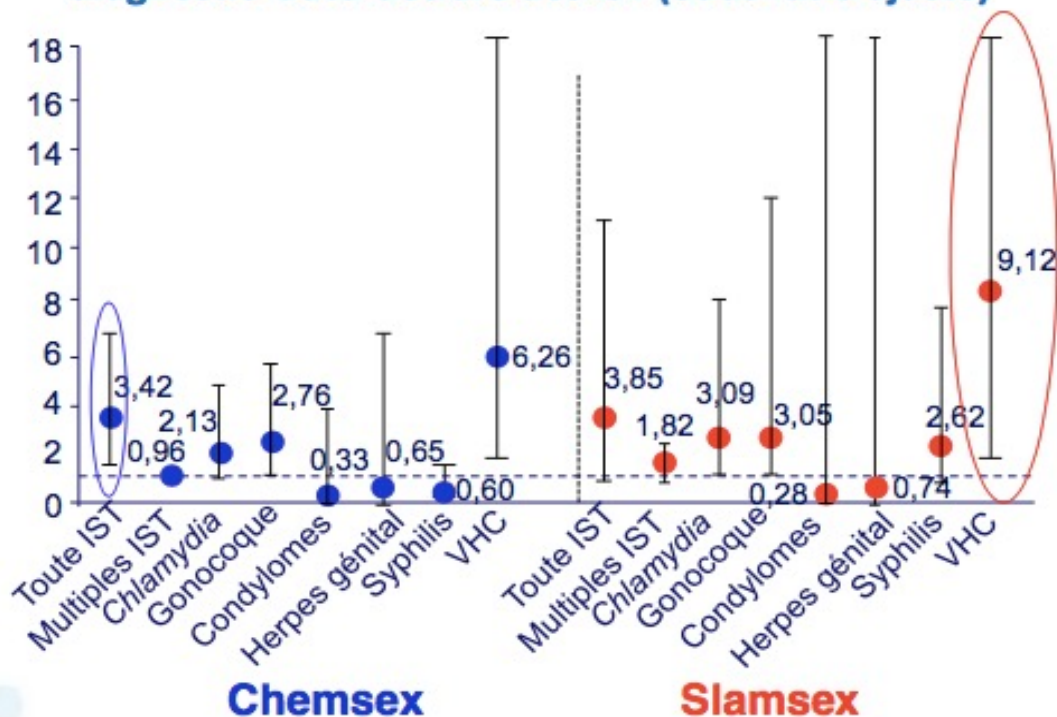
50%
VHC
+



Chemsex chez les HSH au Royaume-Uni (2)

- **Au cours de l'année écoulée** : parmi les 392 HSH VIH+ sexuellement actifs : 77 % ont eu des RAN, 46 % des RANsd et 9 % des RANsd avec CV \geq 50 c/ml
- **Nombre moyen de partenaires dans l'année** : 30,3 si chemsex vs. 9,5

Association entre chemsex, slamsex et diagnostic auto-déclaré des IST (odds ratio ajusté)



RAN : rapports anaux non protégés ; RANsd : rapports anaux non protégés séro-différents

Quels critères de choix pour initier un 1^{er} traitement du VHC ?

1. Niveau de charge virale VHC
2. Génotype et sous-type VHC
3. Co-morbidités
4. CV VIH < 50 copies/mL
5. Observance thérapeutique
6. Co-médications
7. Recherche d'addictions (Chemsex, alcool, etc.)
8. Nécessité d'une RCP
9. Fibrose hépatique sur deux marqueurs
10. Attendre 6 mois pour éliminer une clairance spontanée HCV aigüe

Quels critères de choix pour initier un 1^{er} traitement du VHC ?

1. Niveau de charge virale VHC
2. Génotype et sous-type VHC
3. Co-morbidités
4. CV VIH < 50 copies/mL
5. Observance thérapeutique
6. **Co-médications**
7. Recherche d'addictions (Chemsex, alcool, etc.)
8. **Nécessité d'une RCP**
9. Fibrose hépatique sur deux marqueurs
10. Attendre 6 mois pour éliminer une clairance spontanée HCV aiguë

Quel 1^{er} traitement de cette co-infection VHC génotype 4 ?

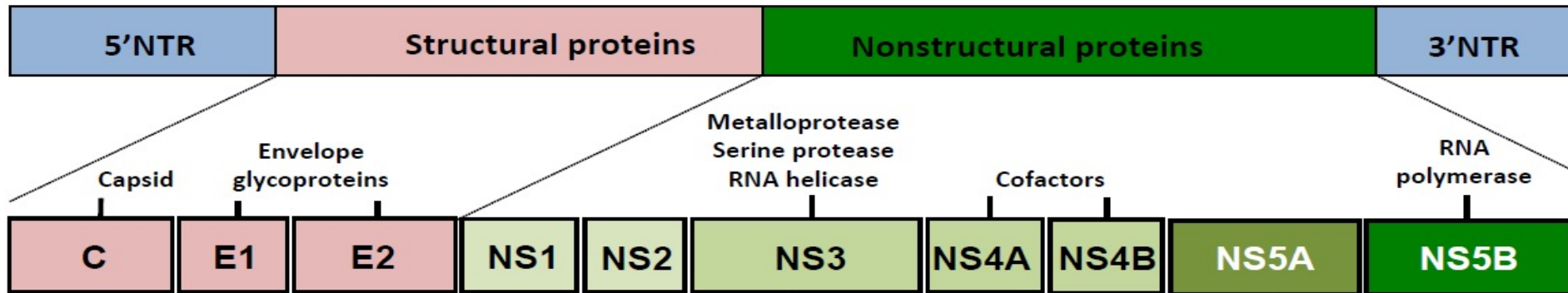
1. SOF/VEL (Epclusa[®]) pendant 12 semaines
2. SOF/LDV) (Harvoni[®]) pendant 12 semaines
3. OBV/PTV + DBV (Vikierax[®] + Exviera[®]) pendant 12 semaines
4. GZR/EBR (Zepatier[®]) pendant 12 semaines
5. Glecaprevir + Pibrentasvir (Maviret[®]) pendant 12 semaines
6. Sofosbuvir + Velpatasvir + Voxilaprevir pendant 8 semaines
7. Attente de jours meilleurs

Quel 1^{er} traitement de cette co-infection VHC génotype 4 ?

- 1. SOF/VEL (Epclusa[®]) pendant 12 semaines**
2. SOF/LDV) (Harvoni[®]) pendant 12 semaines
3. OBV/PTV + DBV (Vikierax[®] + Exviera[®]) pendant 12 semaines
4. GZR/EBR (Zepatier[®]) pendant 12 semaines
- 5. Glecaprevir + Pibrentasvir (Maviret[®]) pendant 8 semaines**
6. Sofosbuvir + Velpatasvir + Voxilaprevir pendant 8 semaines
7. Attente de jours meilleurs

Un pipeline pour l'histoire

Direct-acting antivirals (DAAs)



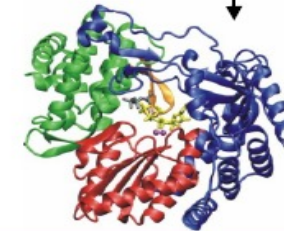
Protease Inhibitors
« ...previr »

Telaprevir
Boceprevir
Simeprevir
Paritaprevir
ABT 493
Grazoprevir
GS-9857
Sovaprevir
ACH-2684



NS5A Inhibitors
«asvir »

Daclatasvir
Ledipasvir
Velpatasvir (GS-5816)
Ombitasvir
ABT 530
Elbasvir
MK-8408
Samatasvir
Odalasvir (ACH-3102)



Polymerase Inhibitors
«buvir »

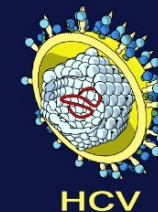
Nucs
Sofosbuvir
MK 3682
ACH-3422
ALS-335

Non-Nucs
Dasabuvir
GS-9669
MK-8876

Molécules anti VHC actuelles



Prescription du traitement



Ordonnance médicale

Fibroscan < 10kPa
Fibrotest ≤ 0.58
Fibrometer ≤ 0.789

Sofosbuvir/Velpatasvir 12 semaines
1 comprimé par jour

Ou

Glecaprevir/Pibrentasvir 8 semaines
3 comprimés par jour (en 1 prise)
à prendre avec de la nourriture

+

Ordonnance médicale

3 mois après l'arrêt du traitement :

Hépatite C: PCR (ARN) du virus C par test quantitatif

+ Conseils sur
l'observance du
traitement (ETP ++ au
début)

Prescription ville & hôpital pour la durée complète
du traitement
Suivi possible par le personnel soignant non médical

Délivrance en pharmacie de ville possible

Les traitements sont pris en charge à 100%.
L'ALD n'est pas nécessaire

+ Prescription d'une charge virale à la fin
du traitement (avant RDV)

→ Prochaine consultation : bilan de fin de
traitement ou 12 semaines après l'arrêt du
traitement

Stratégies non pangénotypiques

Stratégies	Patients	Patients	Patients
HARVONI® 8 semaines	Génotype 1 Naïfs Non-cirrhotiques	-	-
ZEPATIER® 12 semaines	Génotype 1b*	Génotype 1a* CV <800000 UI/ml	Génotype 4* Naïfs

*Maladie hépatique compensée

Hépatite C aigüe ou récente : recommandations EASL 2020

Présence d'anticorps anti-VHC, ARN du VHC et/ou Ag core du VHC qui n'étaient pas détectables dans les précédents échantillons jusqu'à 12 mois

Si pas d'historique, le diagnostic d'hépatite récente sera basé sur les critères suivants :
“Présence d'ARN du VHC ou Ag core VHC, en présence ou absence d'AC anti-VHC, associés à une augmentation ≥ 3 -fois du taux d'ALAT par rapport aux normes, chez les patients avec un comportement à risque dans les 6 mois précédents et en absence d'autre hépatopathie.”

B1

Les patients avec une hépatite C récente acquise de novo devraient être traités par sof/vel ou G/P pendant 8 semaines

Insuffisance rénale

- ✓ Chez les patients avec une insuffisance rénale modérée (DFGe ≥ 30 ml/min/1,73 m²), aucun ajustement de dose n'est nécessaire
- ✓ Chez les patients avec un DFG < 30 ml/min/1,73m²), il est recommandé de prendre l'avis d'un centre expert
- ✓ Chez les patients avec un DFGe < 30 ml/min/1,73m², les options thérapeutiques suivantes sont recommandées :
 - ❖ Maviret[®] pendant 12 semaines
 - ❖ Pour les infections VHC de génotype 1 : Zepatier[®] pendant 12 semaines

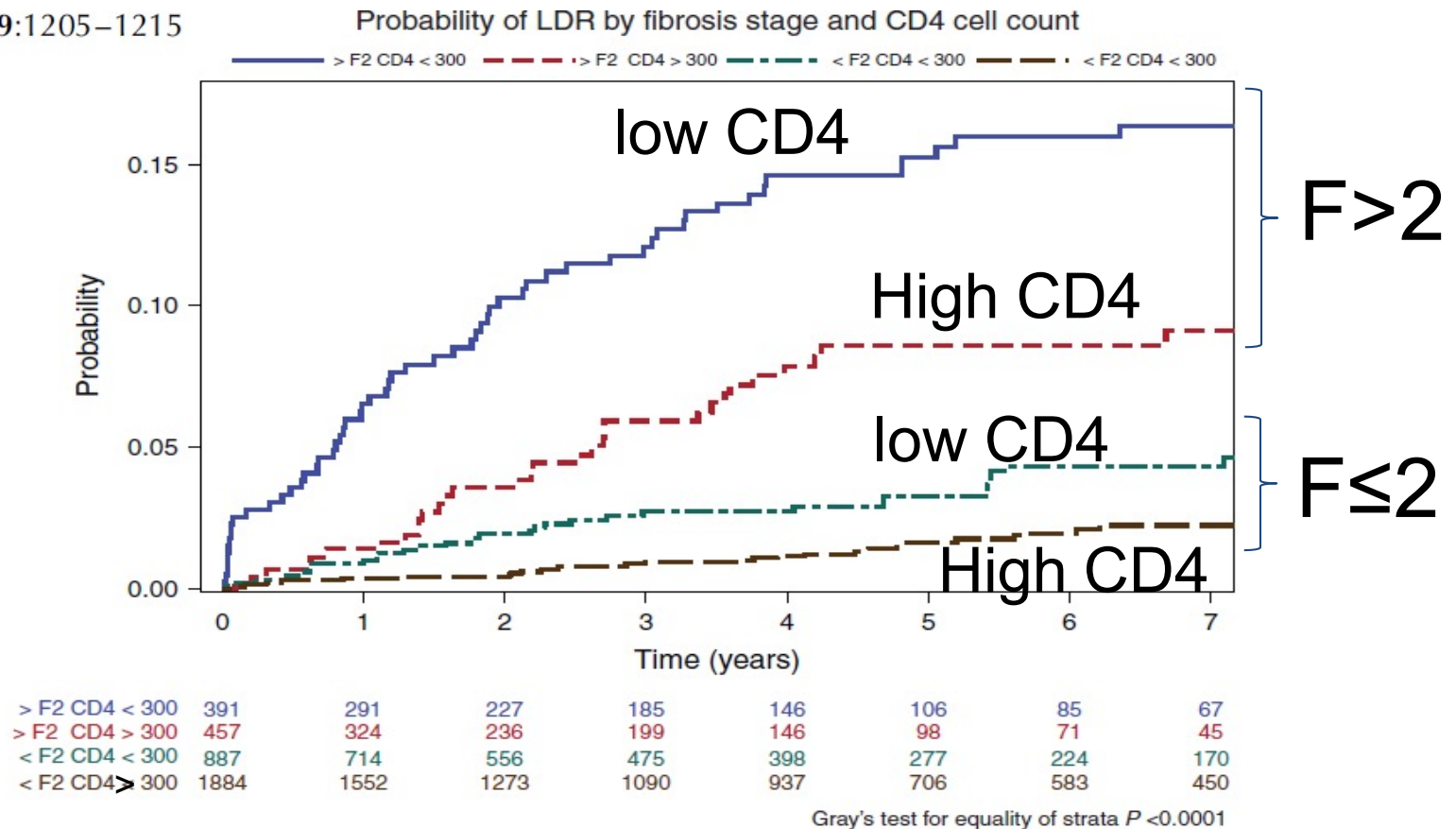
L'immunodépression aggrave le risque de mortalité hépatique

Liver-related death among HIV/hepatitis C virus-co-infected individuals: implications for the era of directly acting antivirals

Liver-related death

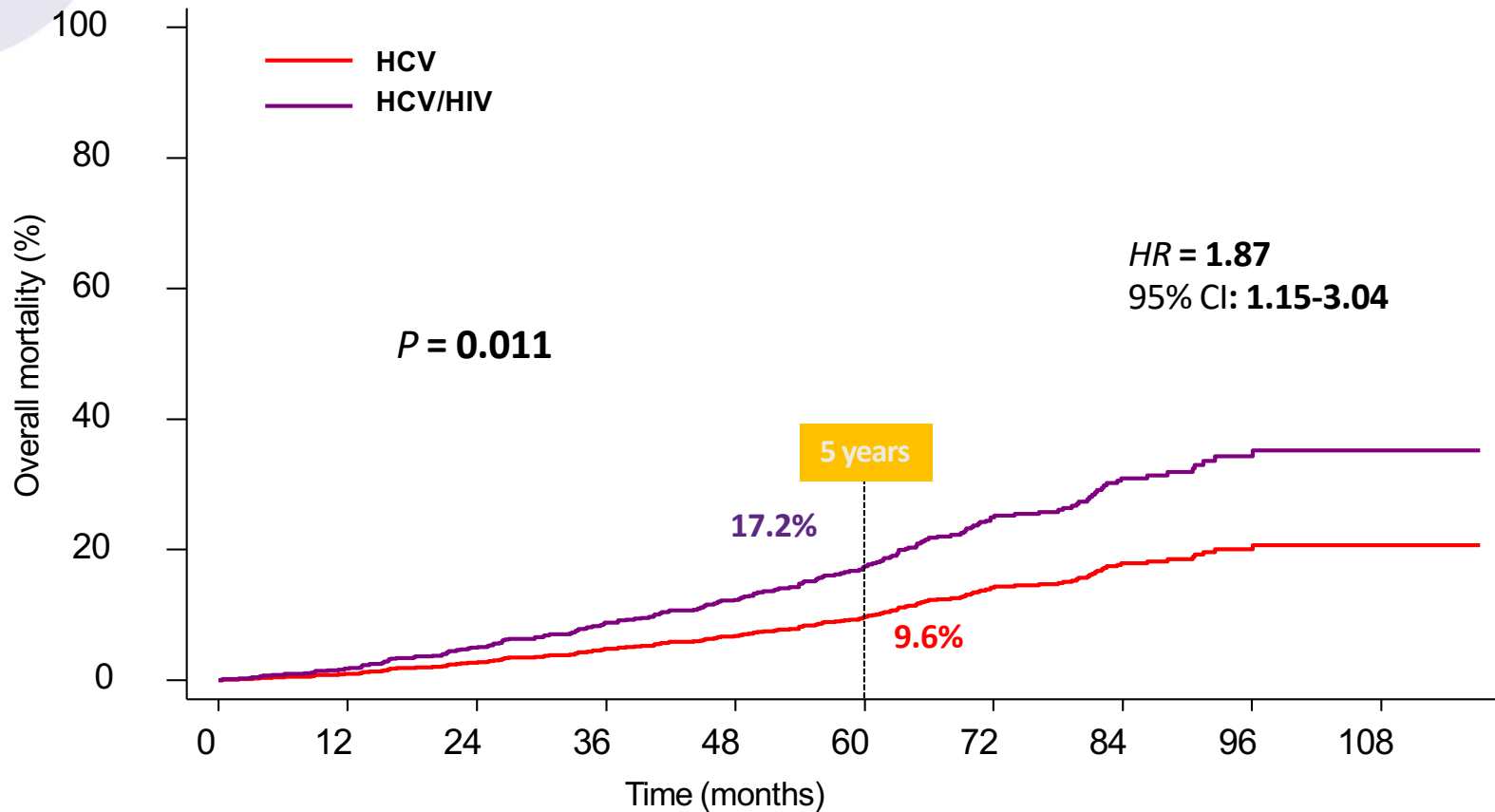
D. Grint^a, L. Peters^b, J.K. Rockstroh^c, A. Rakmanova^d, T. Trofimova^e,
K. Lacombe^f, I. Karpov^g, M. Galli^h, P. Domingoⁱ, O. Kirk^b,
J.D. Lundgren^b and A. Mocroft^a for EuroSIDA in EuroCoord

AIDS 2015, **29**:1205–1215



Cumulative incidence functions of liver-related death stratified by liver fibrosis staging and CD4⁺ cell count.

Overall mortality according to HIV status after adjustment on age



➡ Overall mortality remains higher in HIV/HCV co-infected patients, due to extra hepatic mortality

Salmon *et al.*, EASL 2017

Prise en charge dans un parcours simplifié

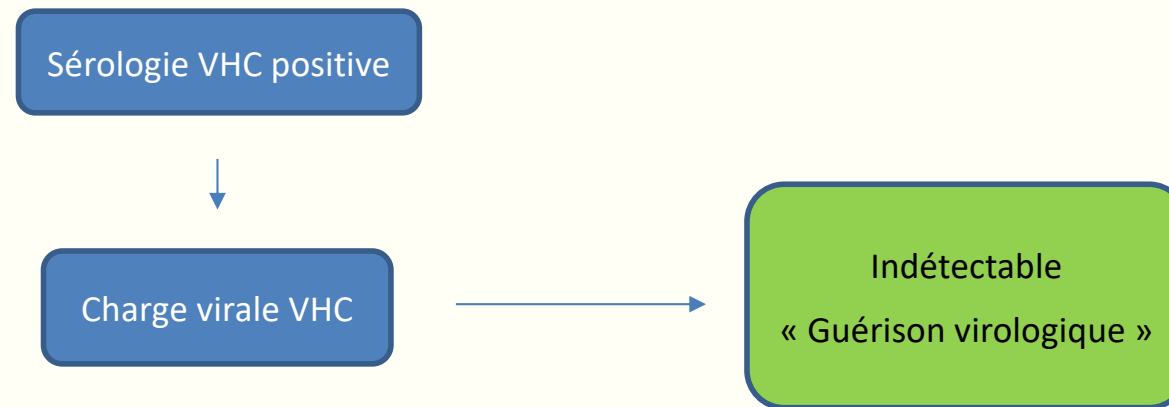


2019

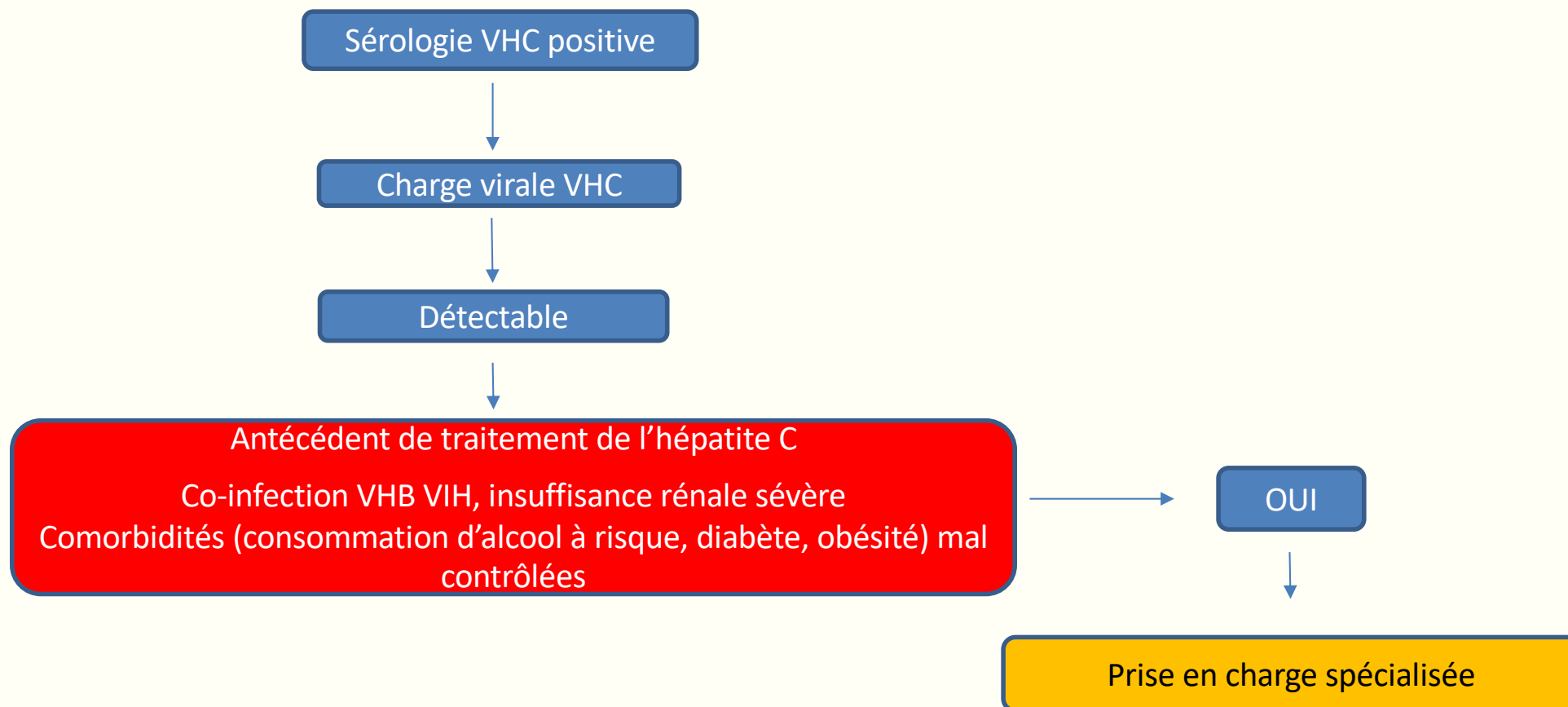
Le parcours simplifié, pour qui ?

- ✓ Absence de co-infection VHB et/ou VIH
- ✓ Absence d'insuffisance rénale sévère (DFGe < 30 ml/min/1,73m²)
- ✓ Absence de comorbidité hépatique mal contrôlée
- ✓ Absence de maladie hépatique sévère
- ✓ Absence de traitement antiviral C antérieur

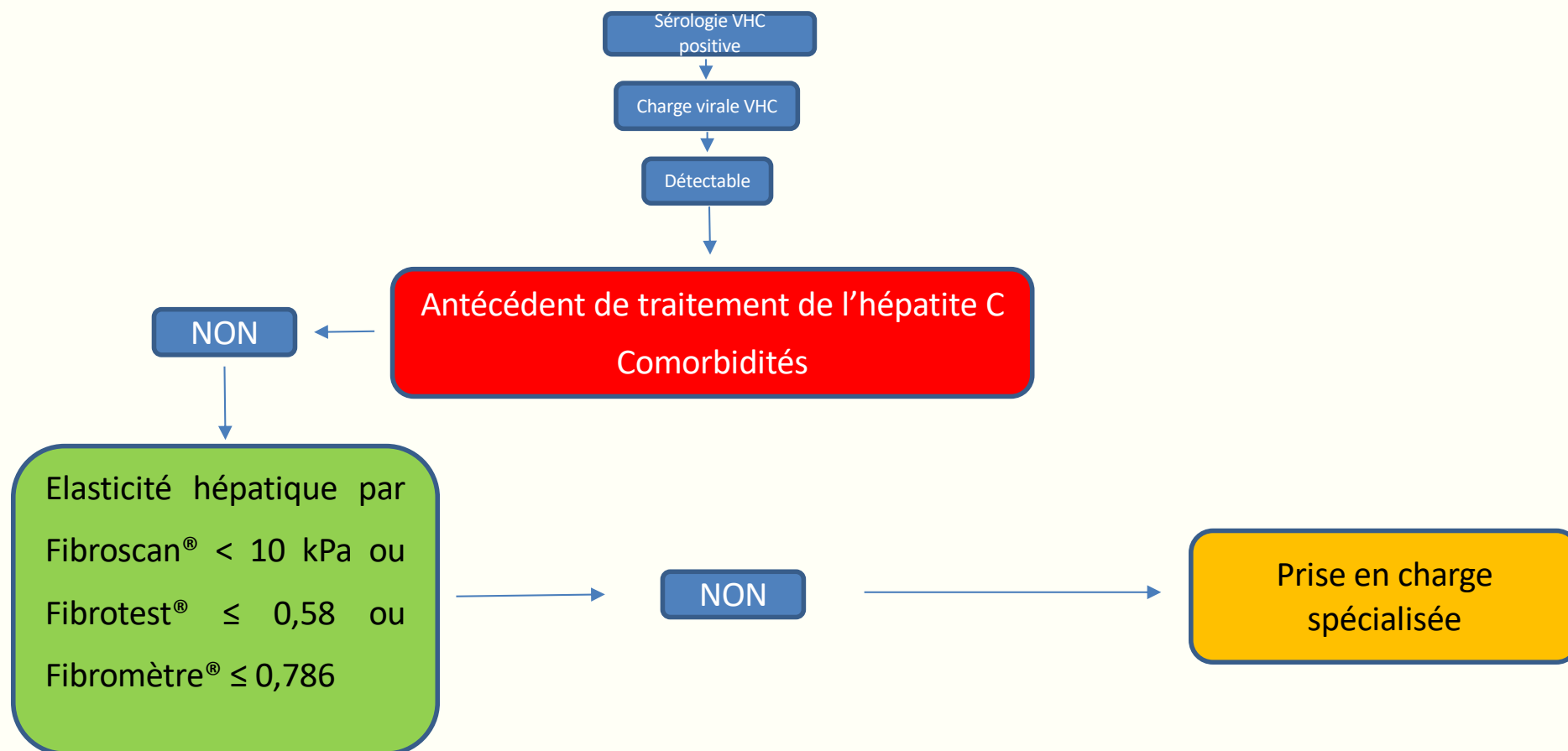
Parcours simplifié



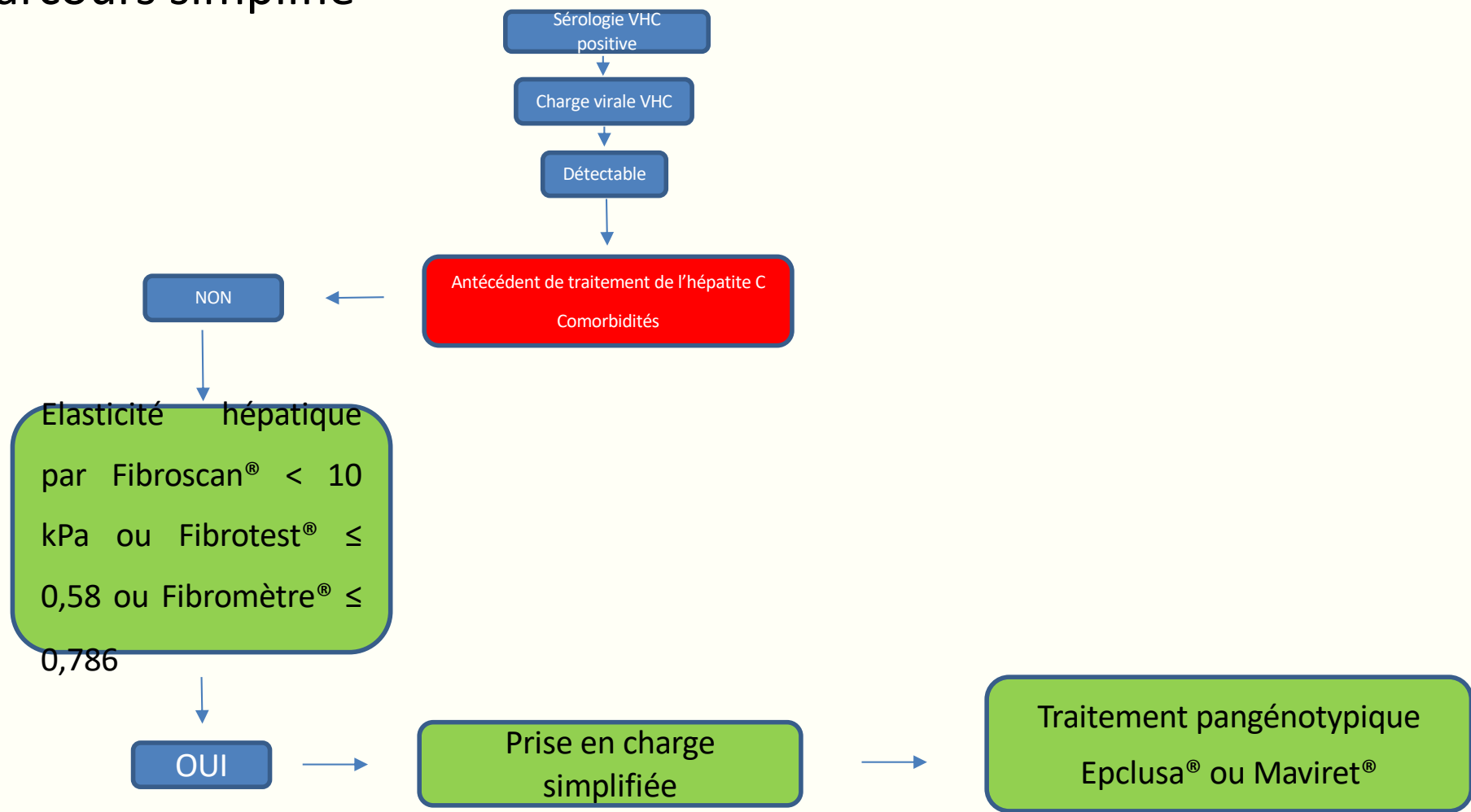
Parcours simplifié



Parcours simplifié



Parcours simplifié

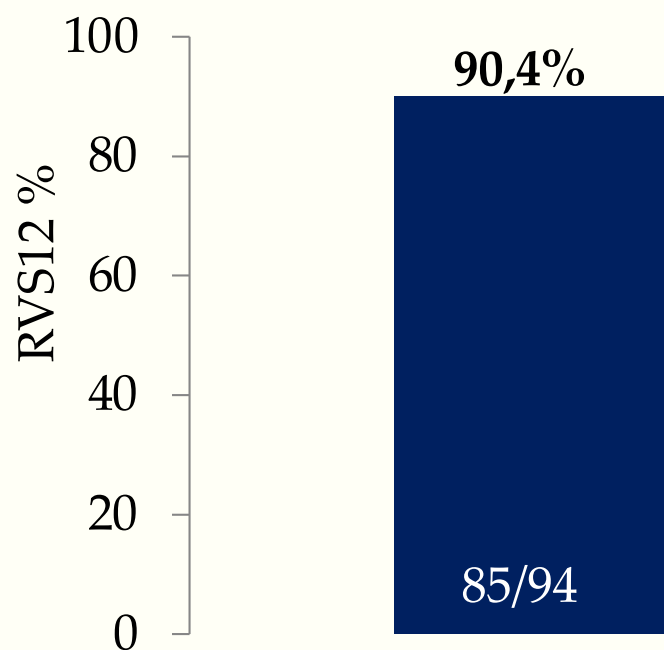


Rappel ! l'usage de drogues actif n'est pas un obstacle au traitement du VHC par les DAA

AASLD 2018-P664 actualisé. D'après M O'Sullivan, et al. UK
AASLD 2018-P619 actualisé . D'après A. Boyle, et al. UK

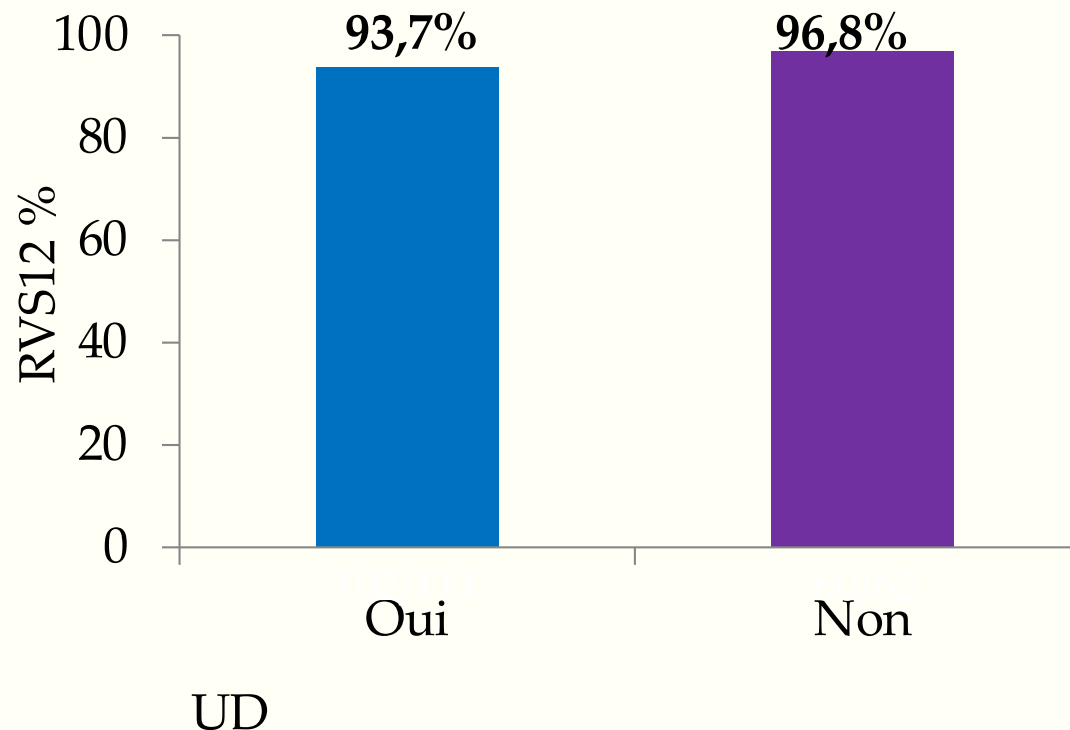
Etude anglaise

- 95 patients (2013-21)
- Alcool > 210 g/sem : 49 %
- Usage actif de drogue : 33 %
- F4 : 34 %
- Traitement par AVD



Etude écossaise

- 354 patients
- TSO : 58%
- Usage de drogue < 3 mois : 53 %
- F4 : 15,5 %
- Traitement par Glécaprevir/Pibrentasvir



From Clinical Trials to Real-World Evidence: Similar Virologic Cure Rates and Safety Outcomes Following Treatment With Glecaprevir/Pibrentasvir Among Patients With Chronic Hepatitis C Virus Infection and Recent Drug Use

Alessio Aghemo¹, Francesco Negro², Michael Gschwantler³, Tarik Asselah⁴, Mark Bondin⁵, Eric Crown⁵, Miki Mancine⁵, Zhenzhen Zhang⁵, Robert Flisiak⁶, Jason Grebely⁷, Norbert Bräu^{8,9}, Richard Sterling¹⁰

¹Humanitas University and Research Hospital, Rozzano, Italy; ²University of Geneva, Geneva, Switzerland; ³Department of Internal Medicine IV, Wilhelminenspital, and Sigmund Freud University, Vienna, Austria; ⁴Hopital Beaujon, Paris University & INSERM UMR 1149, Clichy, France; ⁵AbbVie Inc., North Chicago, Illinois, United States; ⁶Department of Infectious Diseases and Hepatology, Medical University of Białystok, Białystok, Poland; ⁷The Kirby Institute, UNSW Sydney, Sydney, New South Wales, Australia; ⁸James J Peters Veterans Affairs Medical Center, Infectious Diseases Section, Bronx, New York, United States; ⁹Department of Medicine, Division of Infectious Diseases & Liver Diseases, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, New York, United States; ¹⁰Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition, Virginia Commonwealth University, Richmond, Virginia, United States

Presented at The Liver Meeting of the American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD), November 8–12, 2019, Boston, Massachusetts

BACKGROUND **METHODS (CONTINUED)** **RESULTS (CONTINUED)** **CONCLUSIONS**

• To meet World Health Organization (WHO) 2030 for hepatitis C virus (HCV) and reduce onward to who use drugs (PWUD) who are infected with HCV for treatment?


• Both the American Association for the Study of Liver Diseases and the European Association for the Study of Liver Diseases have no restrictions with regards to treating PWUD.

• The once-daily, oral, fixed-dose, direct-acting anti-viral combination of glecaprevir/pibrentasvir (G/P) is a treatment of patients chronically infected with HCV 1-6[†] and can be used in patients receiving opioid therapy (OST)?

• The 8-week treatment duration of G/P has the preference rates and reduce medical costs, therefore number of patients treated?

• The US Food and Drug Administration has extended 8-week treatment duration of G/P to include HCV patients with compensated cirrhosis*

G/P is Approved for Patients With HCV GT1-6 HCV



• 8-week duration of treatment with patients (without direct-acting antiviral) SVR12 rate of 86% in more than 3000 patients in favorable safety profile in indicated population (eg, OST/PWUD)

• Real-world SVR results have been comparable with the high rate

• No recommendation for G/P in the resistance testing (RA) or AASLD treatment guidelines

† Approved for patients with HCV genotype 1, 2, 3, 4, 5, 6 from non-compensated cirrhosis to decompensated cirrhosis and liver failure

OBJECTIVE

• To compare treatment effectiveness and compliance with recent drug use, PWUD with former drug use with no history of drug use, treated with G/P in real-world studies

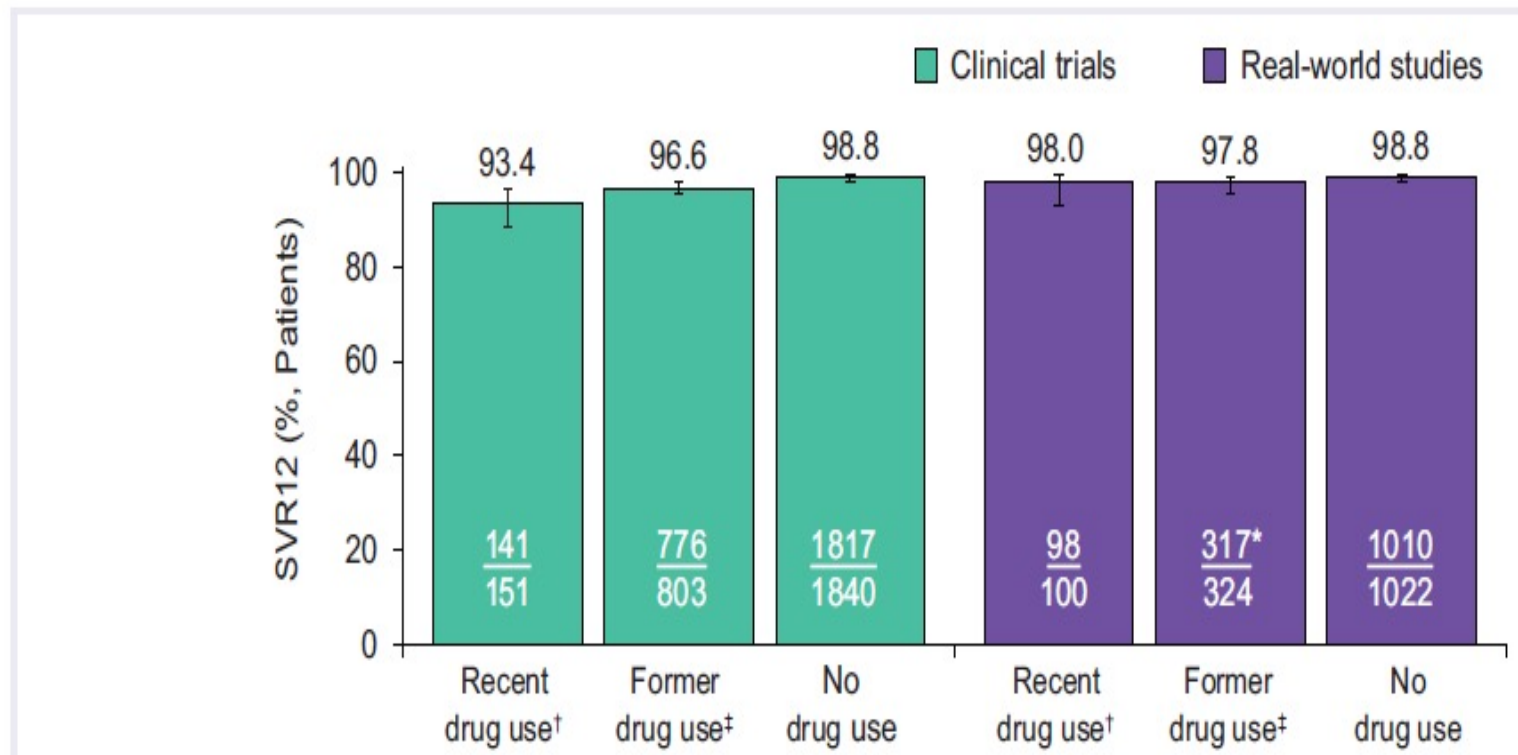
METHODS

• Data from thirteen Phase 3 clinical trials of G/P (†) and compared with data from real-world (post-marketing) studies that were ongoing in 9 countries (Austria, Greece, Israel, Italy, Poland, Portugal, and Switzerland)

Table 1. Sources of G/P Clinical Trial Data Include Phase 3 Studies

Study	NIT number	NIT n	Applicability
OST019-1 (P3 and P4)	NCT024030	2,146	
OST019-1 [†]	NCT024030-7	1	18 (real-world)
OST019-2 [†]	NCT024040	2	No cirrhosis
OST019-2 [†]	NCT024051	3	No cirrhosis
OST019-4 [†]	NCT024036	4,6	No cirrhosis
OST019-5 [†]	NCT024076	55	
OST019-1 [†]	NCT024040	12,446	Compensated
OST019-2 [†]	NCT024036	14	18 (real-world)
OST019-4 [†]	NCT024036	14	OST age 1-4
OST019-5 [†]	NCT024036	14	OST age 1-4
OST019-6 [†]	NCT024036	14	Compensated
OST019-7 [†]	NCT024036	14	Compensated
OST019-8 [†]	NCT024036	14	No cirrhosis, 18
OST019-9 [†]	NCT024036	14	18 (real-world)

Figure 1. SVR12 in Patients Who Received G/P in Clinical Trials and Real-world Studies



the real-world studies can be better used to follow-up. The patient populations are high (observational prospective) and well-tolerated for the use in PWUD, with similar rates of 2 in patients with recent drug use, with no history of drug use in real-world studies.

AbbVie Inc., North Chicago, Illinois, United States; ⁶Department of Infectious Diseases and Hepatology, Medical University of Białystok, Białystok, Poland; ⁷The Kirby Institute, UNSW Sydney, Sydney, New South Wales, Australia; ⁸James J Peters Veterans Affairs Medical Center, Infectious Diseases Section, Bronx, New York, United States; ⁹Department of Medicine, Division of Infectious Diseases & Liver Diseases, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, New York, United States; ¹⁰Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition, Virginia Commonwealth University, Richmond, Virginia, United States

† Approved for patients with HCV genotype 1, 2, 3, 4, 5, 6 from non-compensated cirrhosis to decompensated cirrhosis and liver failure

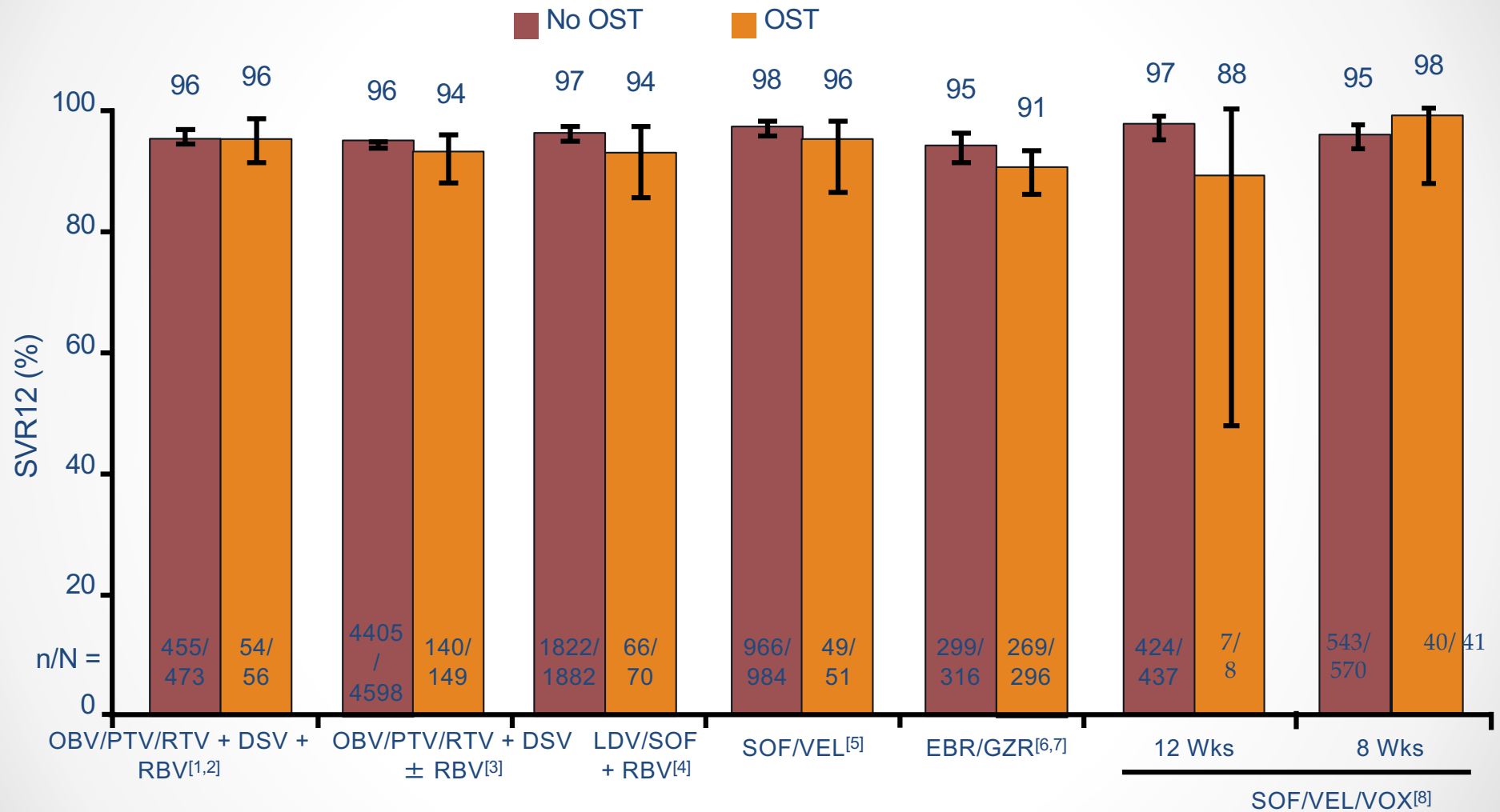
‡ Approved for patients with HCV genotype 1, 2, 3, 4, 5, 6 from non-compensated cirrhosis to decompensated cirrhosis and liver failure

the design, and participated in the collection, in the writing, reviewing, and approval of the data, and participated in the writing, review,

A. Aghemo, M.D., Infectious and Hepatology; F. Negro, M.D., Infectious and Hepatology; M. Gschwantler, M.D., Infectious and Hepatology; T. Asselah, M.D., Infectious and Hepatology; M. Bondin, M.D., Infectious and Hepatology; E. Crown, M.D., Infectious and Hepatology; M. Mancine, M.D., Infectious and Hepatology; Z. Zhang, M.D., Infectious and Hepatology; R. Flisiak, M.D., Infectious and Hepatology; J. Grebely, M.D., Infectious and Hepatology; N. Bräu, M.D., Infectious and Hepatology; R. Sterling, M.D., Infectious and Hepatology

AbbVie Inc., North Chicago, Illinois, United States; ⁶Department of Infectious Diseases and Hepatology, Medical University of Białystok, Białystok, Poland; ⁷The Kirby Institute, UNSW Sydney, Sydney, New South Wales, Australia; ⁸James J Peters Veterans Affairs Medical Center, Infectious Diseases Section, Bronx, New York, United States; ⁹Department of Medicine, Division of Infectious Diseases & Liver Diseases, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, New York, United States; ¹⁰Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition, Virginia Commonwealth University, Richmond, Virginia, United States

Efficacité des AVD chez les UDIV



1. Feld JJ, et al. N Engl J Med. 2014;370:1594-1603.
 2. Puoti M, et al. AASLD 2014. Abstract 1938.
 3. Grebely J, et al. EASL 2017. Abstract FRI-236.
 4. Grebely J, et al. Clin Infect Dis. 2016;63:1405-1411.

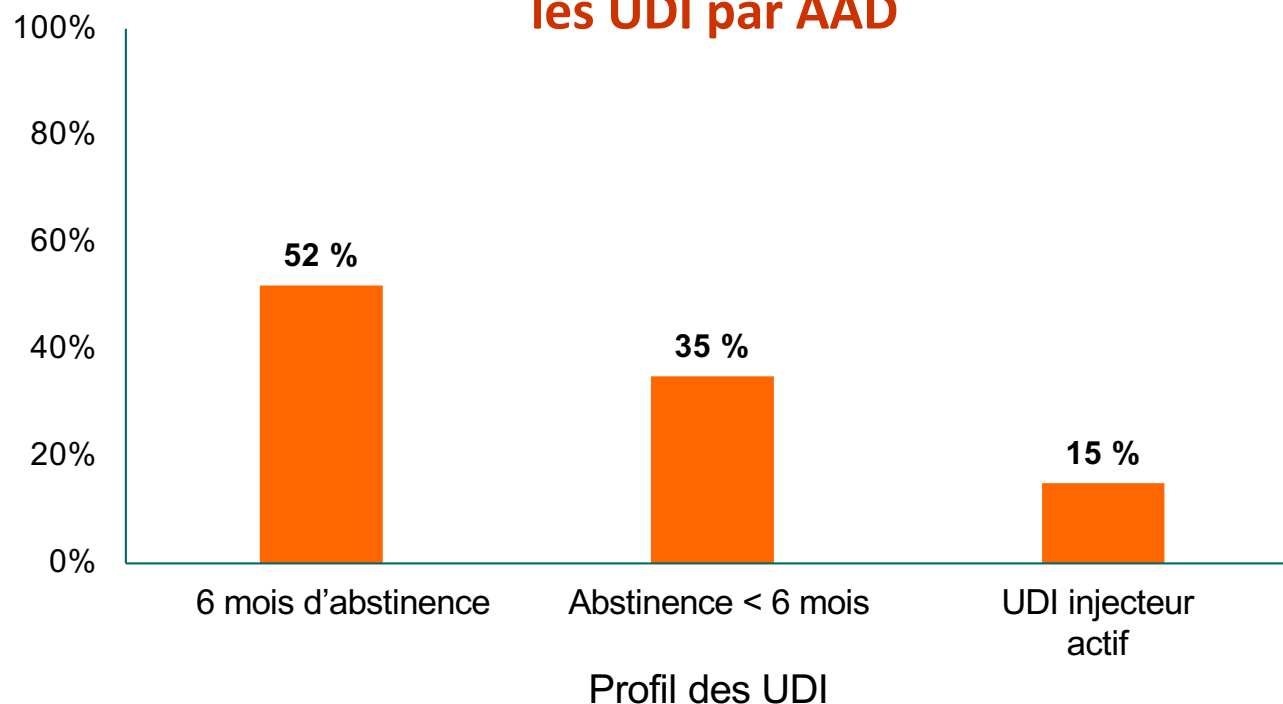
5. Grebely J, et al. Clin Infect Dis. 2016;63:1479-1481.
 6. Zeuzem S, et al. Ann Intern Med. 2015;163:1-13.
 7. Dore GJ, et al. Ann Intern Med. 2016;165:625-634.
 8. Grebely J, et al. EASL 2017. Abstract FRI-235.

Traitement des UDI : il faut convaincre les prescripteurs aussi !

INHSU 2017

- Enquête de pratique réalisée auprès de prescripteurs d'AAD aux Etats-Unis

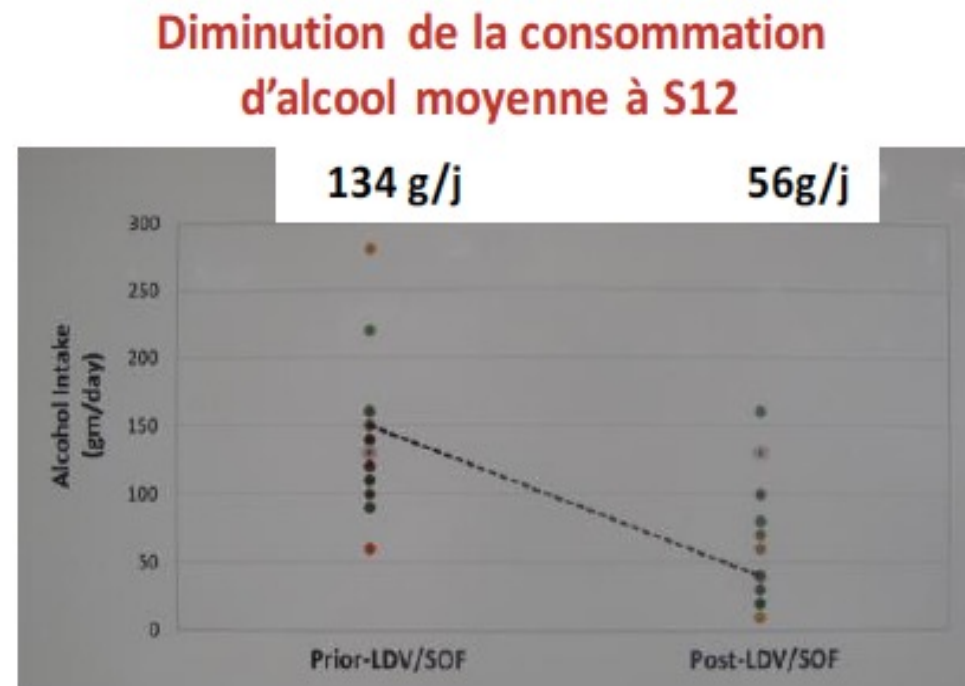
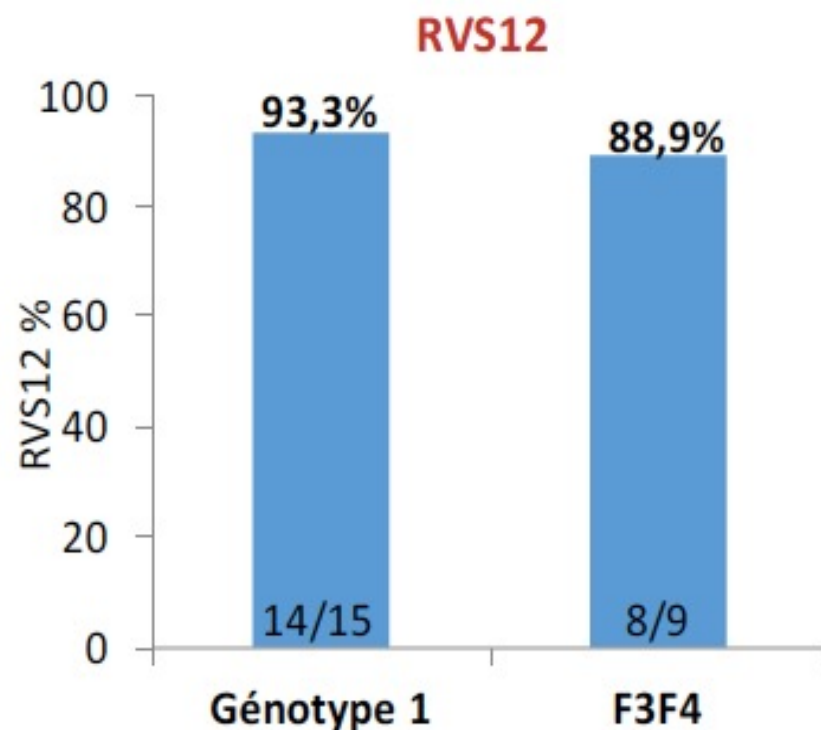
Volonté des praticiens de traiter les UDI par AAD



- **Pour mémoire toutes les recommandations de prise en charge du VHC préconisent le traitement des UDI quelque soit l'importance de leur addiction**

Le mésusage d'alcool n'est pas un obstacle au traitement du VHC par les AVD

- 16 patients américains
- Score AUDIT-C ≥ 8 [médiane = 15 (8-34)]
- F3/F4 : 56%
- Traitement par SOF/LDV, suivi mensuel par médecin ou infirmière



Avant de débiter le traitement

- ✓ Rechercher d'éventuelles interactions médicamenteuses
(www.hep-druginteractions.org ou application smartphone HEP iChart)
- ✓ Enquêter sur l'automédication et sur la médecine naturelle (millepertuis, compléments alimentaires...)
- ✓ S'assurer de l'absence de consommation de pamplemousse ou d'orange sanguine pendant le traitement
- ✓ Insister sur la nécessité d'une observance optimale au traitement

Co-médications légales de Mr G !

- Coaprovel[®] (**irbesartan/hydrochlorothizide**) 300/12,5 mg : 1 cp/j
- Déteniel[®] (**bisoprolol**) 10 mg : 0,5 cp/j
- Uvedose[®] (**colécalciférol**) 100 000 UI/2 mL : 1 amp/mois
- **Metformine** Isomed[®] 850 mg : 1 cp x 2/j
- Previscan[®] (**fluindione**) 20 mg : 1,75 cp/j
- Zyloric[®] (**allopurinol**) 200 mg : 1 cp/j
- Imodium[®] (**lopéramide**) 2 mg : 2 gel/j
- Inipomp[®] (**pantoprazole**) 20 mg : 1 cp/j
- Crestor[®] (**rosuvastatine**) 5 mg : 1 cp/j
- Lexomil[®] (**bromazépam**) 6 mg : 1 cp/j
- Plavix[®] (**clopidogrel**) 75 mg : 1 cp/j
- Colchimax[®] (tiémonium, opium, **colchicine**) 50/12,5/1 mg : 1 cp/j
- Edex[®] (**alprostadiol**) 20 µg x 2/semaine

Combien identifiez-vous de molécules pouvant interférer avec le traitement du VHC ?

1. Aucune
2. Une
3. 3
4. 4
5. 6
6. Toutes

Sofosbuvir/Velpatasvir

Pantoprazole

Summary:

Coadministration has not been studied and is not recommended as concentrations of velpatasvir may decrease. If use of a proton pump inhibitor is considered medically necessary, the US Prescribing Information recommends sofosbuvir/velpatasvir to be administered with food and taken 4 hours before omeprazole 20 mg but does not recommend the use of other proton pump inhibitors. The European Summary of Product Characteristics states that sofosbuvir/velpatasvir could be administered with food and taken 4 hours before a proton pump inhibitor at a dose not to exceed that comparable to omeprazole 20 mg.

Description:

Co-administration with proton pump inhibitors is not recommended. If it is considered necessary to co-administer, then Eplclusa should be administered with food and taken 4 hours before proton pump inhibitor at max doses comparable to omeprazole 20 mg.

Eplclusa Summary of Product Characteristics, Gilead Sciences Ltd., March 2021.

Coadministration of proton-pump inhibitors is not recommended. If it is considered medically necessary to coadminister, sofosbuvir/velpatasvir should be administered with food and taken 4 hours before omeprazole 20 mg. Use with other proton-pump inhibitors has not been studied./div>
Eplclusa Prescribing Information, Gilead Sciences, Inc., June 2021.

actions

drug interactions

able view

checker

teraction

elpatasvir

azole



teraction

elpnatasvir

42

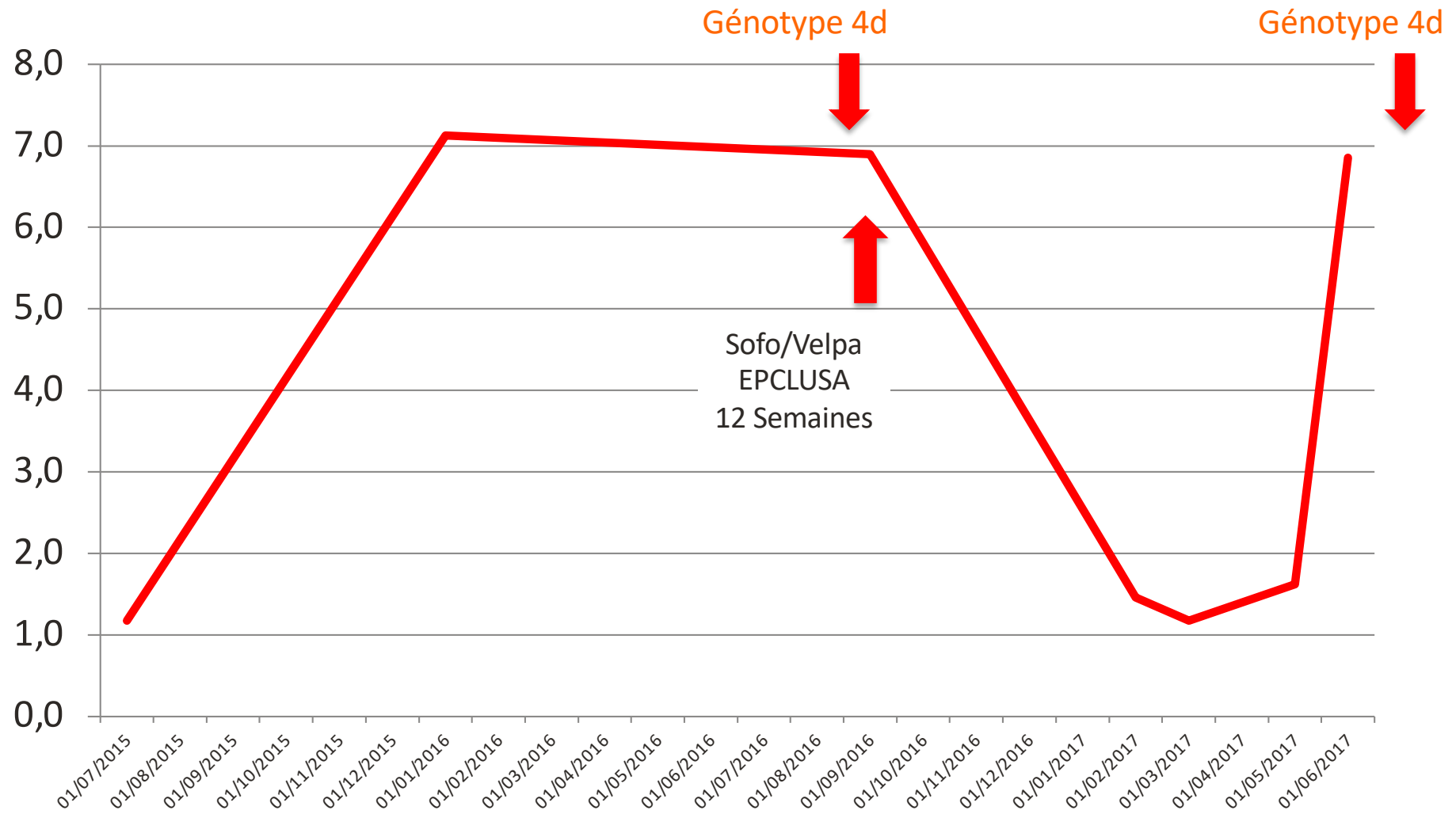
HCV Directly Acting Antivirals & RBV

Charts revised June 2017. Full information available at www.hep-druginteractions.org

Page 4 of 5

	BOC	DCV	EBR/ GZR	LED/ SOF	OBV/ PTV/r	OBV/ PTV/r +DSV	SMV	SOF	TVR	VEL/ SOF	RBV
Illicit/Recreational											
Amphetamine	◆	◆	◆	◆	■	■	◆	◆	◆	◆	◆
Cannabis	■	◆	◆	◆	▲	▲	■	◆	■	◆	◆
Cocaine	■	◆	◆	◆	■	■	■	◆	■	◆	◆
Gamma-hydroxybutyrate	■	◆	◆	◆	■	■	■	◆	■	◆	◆
Lysergic acid diethylamide (LSD)	■	◆	◆	◆	■	■	■	◆	■	◆	◆
MDMA (Ecstasy)	◆	◆	◆	◆	■	■	◆	◆	◆	◆	◆
Mephedrone	◆	◆	◆	◆	■	■	◆	◆	◆	◆	◆
Methamphetamine	◆	◆	◆	◆	■	■	◆	◆	◆	◆	◆
Phencyclidine	■	◆	◆	◆	■	■	■	◆	■	◆	◆

Evolution de la CV VHC (\log_{10} UI/mL)



Quelle est selon vous la raison la plus probable pour cet échec ?

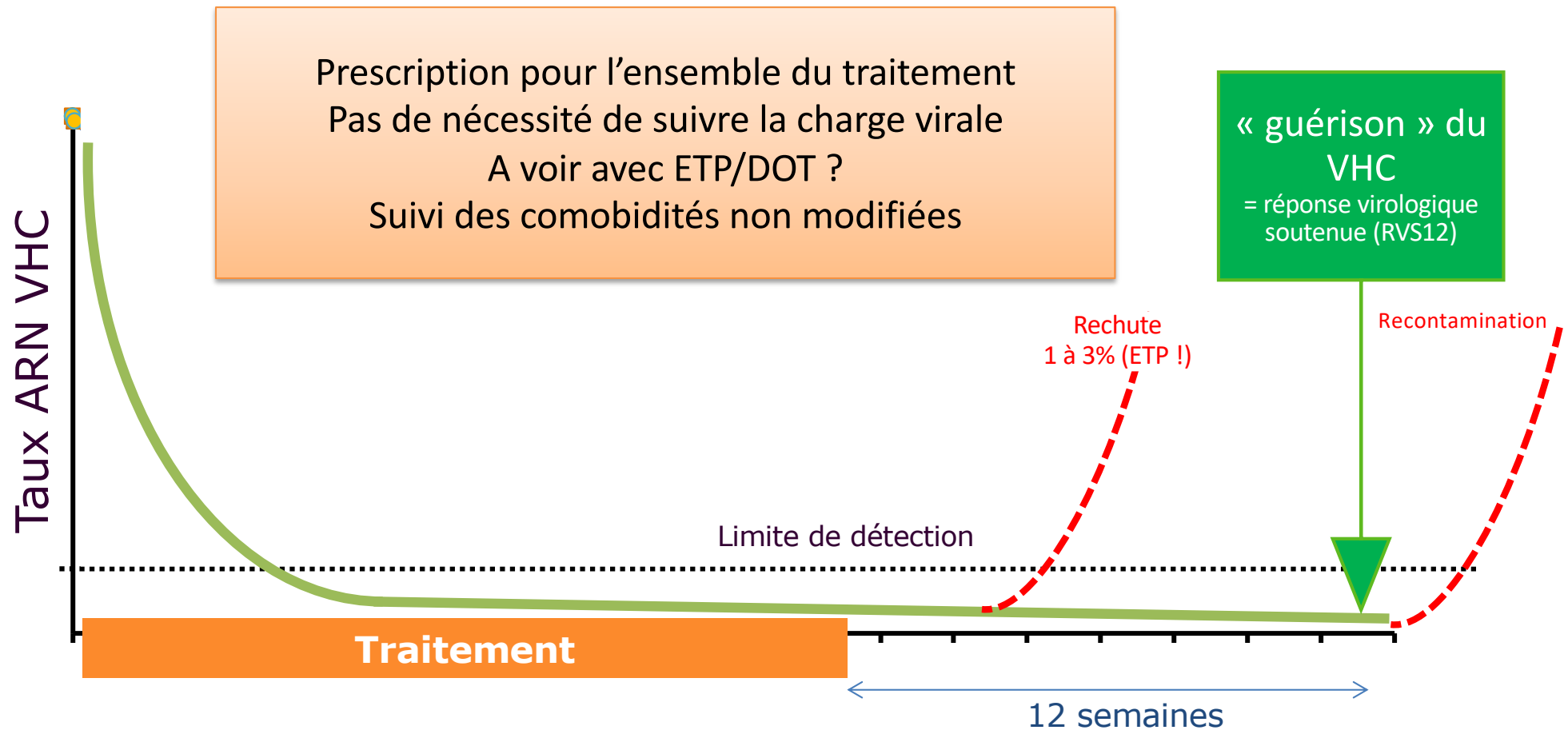
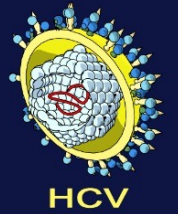
1. Mauvais choix des molécules anti-VHC
2. Défaut d'observance
3. Interactions médicamenteuses
4. Recontamination sur pratiques à risques
5. Traitement trop court
6. Pas de chance (efficacité non à 100%)

Quelle est selon vous la raison la plus probable pour cet échec ?

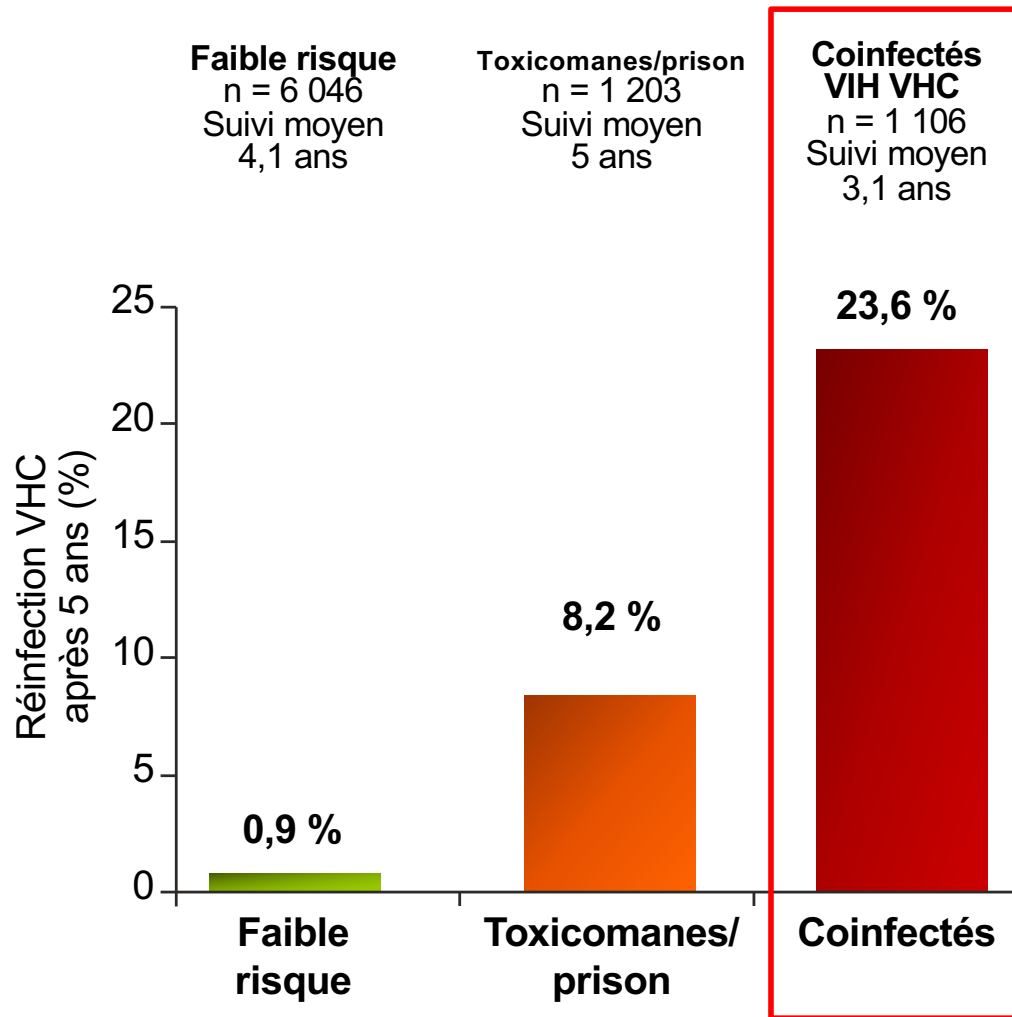
1. Mauvais choix des molécules anti-VHC : non
2. Défaut d'observance a été en Ction d'ETP
3. Interactions médicamenteuses checking avant
- 4. Recontamination sur pratiques à risques**
5. Traitement trop court Non
6. Pas de chance (efficacité non à 100%) non

Principe du traitement de l'hépatite C

(avec les AAD)



Réinfection du VHC par
méta-analyse de 34 563
Risque de réinfection VHC post RVS après 5 an



SERO+ ATTENTION !

HEPATITE C

LE VHC PEUT SE TRANSMETTRE PAR **VOIE SEXUELLE** ET PAR **FIST** PROTEGEZ-VOUS ET **FAITES-VOUS DEPISTER !**

Hépatites Info Service : 0 800 845 800 - Sida Info Service : 0 800 840 800

SNEG Partenaire de la Vie Gay
www.sneg.org

avec le soutien de l'INPES

Concernant ses derniers éléments que fait son clinicien ?

1. Il attend le prochain RDV dans 6 mois.
2. Il demande des nouvelles téléphoniques au patient.
3. Il lui programme un bilan annuel en HDJ
4. Il le ré-adresse à l'addictologue avec un courrier relatant les derniers éléments.
5. Il le convoque le plus rapidement possible
6. Il s'alarme et appelle un de ses partenaires pour avoir des nouvelles.

Concernant ses derniers éléments que fait son clinicien ?

1. Il attend le prochain RDV dans 6 mois.
2. Il demande des nouvelles téléphoniques au patient.
3. Il lui programme un bilan annuel en HDJ
4. Il le ré-adresse à l'addictologue avec un courrier relatant les derniers éléments.
Ne se présente pas au RDV
- 5. Il le convoque le plus rapidement possible**
6. Il s'alarme et appelle un de ses partenaires pour avoir des nouvelles.

Merci de votre attention !

