

CO-12  
Com. Orale

Jeudi 29/9  
12h05

Séance clinique  
Amphi C

La prise en charge des patients ayant une hépatite chronique C traitée par les antiviraux directs (AVDs) peut être réalisée par une infirmière spécialisée. Résultats d'une cohorte en vie réelle.

Scoazec Borghi G. (1) ; Francois M. (1) ; Varaut A. (1) ; Roudot Thoraval F. (2) ; Dhumeaux D. (1) ; Mallat A. (1) ; Hézode C. (1) (1) Hépatologie, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (2) Santé Publique, Hôpital Henri Mondor, Créteil

**Introduction.** La mise à disposition des AVDs pour le traitement de l'infection chronique par le VHC a entraîné une augmentation importante du nombre de patients susceptibles de bénéficier de ces nouvelles approches thérapeutiques. Avec l'annonce récente que tous les patients atteints d'hépatite C peuvent être traités en France par les AVDs, des stratégies innovantes doivent être développées pour répondre aux besoins des patients et faciliter leur accès au traitement antiviral. L'objectif de cette étude a été de comparer la prise en charge des patients infectés par le VHC éligibles pour le traitement par AVDs par des médecins hépatologues hospitaliers et par une infirmière spécialisée.

**Patients et Méthodes.** Cette étude s'est déroulée dans le cadre d'une expérience de coopération entre personnels de santé. L'infirmière spécialisée a obtenu une dérogation publiée au Journal Officiel pour la prise en charge thérapeutique des patients ayant une hépatite chronique C. 548 patients, candidats à un traitement oral par AVDs, ont été prospectivement pris en charge par un hépatologue (n=261, groupe H) ou par l'infirmière spécialisée (n=287, groupe I). Le suivi des patients était identique dans les 2 groupes avec une consultation de début de traitement puis une consultation mensuelle pendant toute la durée du traitement, ainsi qu'une consultation à 4 et 12 semaines après l'arrêt du traitement. Les principaux critères d'exclusion étaient une cirrhose Child C, un CHC ou des comorbidités sévères. La cirrhose était définie par un Fibroscan > 12,5 kPa ou un Fibrotest > 0,75. Le traitement par AVDs était le plus souvent : SOF + DCV ± RBV (56.6%), SOF + LDV ± RBV (25%) ou SOF + SIM ± RBV (11.9%).

**Résultats.** 60,6% des patients étaient de sexe masculin avec un âge moyen de 59,4 ans. Il existait une cirrhose chez 47,1% des patients (30 patients Child B; MELD médian à 6). 10,8% des patients étaient transplantés. 13,9% avaient une insuffisance rénale et 17,9% un diabète. 1,1% avait une co-infection VIH. Le génotype 1 était prédominant (61,2%), suivi par les génotypes 4 (17,7%), 3 (13,3%), 2 (5,9%), 5 (1,1%) et 6 (0,7%). 53,6% des patients étaient pré-traités. 86,1% ont été traités pendant 12 semaines et 13,9% pendant 24 semaines. Il n'existait pas de différence significative pour les caractéristiques initiales des patients et la durée du traitement entre les groupes H et I.

Le taux de RVS12 semaines était de 92,7% (91,2%, groupe H vs 94,1%, groupe I). Un arrêt prématuré de traitement est survenu chez 1,8% des patients (1,9%, groupe H vs 1,7%, groupe I). Un effet indésirable grave a été observé dans 3,5% des cas (4,3%, groupe H vs 2,8%, groupe I). Un décès durant le traitement est survenu chez 0,9% des patients (1,5%, groupe H vs 0,3%, groupe I). 1,8% des patients ont été perdus de vue; la proportion était significativement plus élevée dans le groupe H (3,4%) que dans le groupe I (0,3%) (p=0,008).

**Conclusion.** Notre étude réalisée au sein d'une grande cohorte en vie réelle montre clairement que la prise en charge des patients ayant une hépatite chronique C traités par AVDs peut être réalisée par une infirmière spécialisée. Cette stratégie pourra permettre d'augmenter et d'accélérer l'accès au traitement par AVDs chez les patients souhaitant bénéficier d'un traitement antiviral.

CA-10

Pronostic apporté par le FibroTest dans le suivi des patients VHC guéris avec cirrhoses compensées

### Les marqueurs non invasifs de fibrose peuvent-ils prédire la survenue d'une complication chez les malades ayant une cirrhose virale C? (ANRS CO12 cohorte prospective CirVir)

Zarski JP. (1, 2) ; Trocme C. (3) ; David Tchouda S. (4) ; Hilleret MN. (1, 2) ; Margier J. (4) ; Roudot Thoraval F. (5) ; Cagnot C. (6) ; Nahon P. (7) ; centre de coordination et de gestion CirVir(1) Service d'Hépatogastroentérologie, CHU de Grenoble -Albert Michallon, Grenoble; (2) U823, Inserm, Grenoble; (3) Laboratoire de biochimie des enzymes et des protéines, CHU de Grenoble -Albert Michallon, Grenoble; (4) Timc-imag umr 5525 université Grenoble alpes, CIC 1406 Grenoble INSERM, Grenoble; (5) Hépatologie, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (6) ANRS, Paris; (7) Hépatologie, Hôpital Jean Verdier, Bondy

**Introduction.** Les facteurs prédictifs de survenue d'une complication en dehors de la RVS chez les malades ayant une cirrhose virale C Child A restent mal connus. Le but de l'étude était donc d'étudier la place des marqueurs non invasifs de fibrose à l'aide d'une étude cas-témoins s'appuyant sur la cohorte CirVir.

**Patients et Méthodes.** Il s'agissait d'une étude cas-témoin (Cas = survenue d'une complication de la cirrhose : CHC, ascite, hémorragie digestive sur une durée de 36 mois) rétrospective s'appuyant sur la cohorte ANRS prospective multicentrique nationale (35 centres français) CO12 CirVir. Les témoins étaient appariés sur âge, sexe et durée de suivi dans la cohorte (ratio 1:4). Les tests non invasifs étaient réalisés tous les 6 mois pendant 36 mois: les mesures biologiques dans un laboratoire centralisé en aveugle : ActiTest-FibroTest, fibrometre3G, ELF; Le fibroscan dans chaque centre. L'analyse statistique uni et multivariée a pris en compte les facteurs de confusion, l'appariement et l'évolution des marqueurs dans le temps (régression logistique conditionnelle et modèle à effets mixtes).

**Résultats.** 136 cas dont 74 CHC ont été inclus comparés à 270 témoins. Les variables âge moyen (58 ans $\pm$ 10ans), présence de comorbidités (diabète, insuffisance rénale, HA, dyslipidémie), étaient similaires dans les 2 groupes ainsi que le délai entre diagnostic de VHC ou diagnostic de cirrhose et inclusion dans CirVir (10 $\pm$ 6ans et 4.5 $\pm$ 4ans respectivement). La RVS différait dans les 2 groupes de l'étude (témoin 66.8% vs cas 29.1%,  $p < 0.001$ ). Les résultats ont systématiquement été ajustés sur la RVS. Une différence statistiquement significative était observée quel que soit le test utilisé, non seulement dans le groupe cas index : Fibrotest: 0.72 $\pm$ 0.18 vs 0.84 $\pm$ 0.10; Fibrometre 3G (fibrose: 0.72 $\pm$ 0.13 vs 0.94 $\pm$ 0.06, 0.85 $\pm$ 0.13 vs 0.94 $\pm$ 0.06); et FibroScan: 17.0 $\pm$ 11.2 vs 22.5 $\pm$ 12.8 ( $p < 0.0001$ ). Cette différence persistait sur toute la période d'observation. Ce résultat était confirmé dans le sous-groupe RVS à l'exception du fibroscan. L'étude de la cinétique n'apportait pas d'information supplémentaire. A J0, les meilleures AUROC était le Fibrometre 3G : population globale: 0.71; population RVS: 0.71 et Fibrotest : population globale 0,72 et population RVS 0.67.

**Conclusion.** Les marqueurs non invasifs de fibrose permettent de prédire précocement la survenue de complications chez ces patients porteurs de cirrhoses virales compensées, en particulier chez ceux ayant une RVS. Par contre l'étude de leur cinétique n'apporte pas de précisions supplémentaires. Une surveillance plus individualisée en fonction des seuils des marqueurs non invasifs pourrait être proposée, ces seuils demandant à être déterminés.