

Cas clinique VIH-VHB

Dr Wissem HACHFI

Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses

-
- Patient de 24 ans
 - Sans atcds path notables
 - Adressé à la CE devant la découverte d'un sérologie VIH + (dépistage)

Bilan de l'infection VIH

- ❑ CD4: 650/mm³ (30%)
- ❑ CV VIH: 2000 c/ml
- ❑ Sérologies
 - . Toxo: IgG+, IgM-
 - . CMV: IgG+, IgM-
 - . VHC -
 - . TPHA, VDRL:-
 - . AgHBs+, AgHBe-, Ac anti-HBe+,
Ac anti-HBc+

Bilan de l'infection à VHB

- Transaminases 2 x normale
- CV VHB: 4500 UI/ml
- Echo abdominale normale
- TP: 100%
- PBF: A1F2

Quelle serait votre conduite?

- Traitement anti-VIH
- Traitement anti-VIH + anti-VHB
- Traitement anti VHB
- Aucun traitement

Quelle serait votre conduite?

- Traitement anti-VIH
- Traitement anti-VIH + anti-VHB
- Traitement anti-VHB
- Aucun traitement

Le traitement anti-VHB le plus adapté?

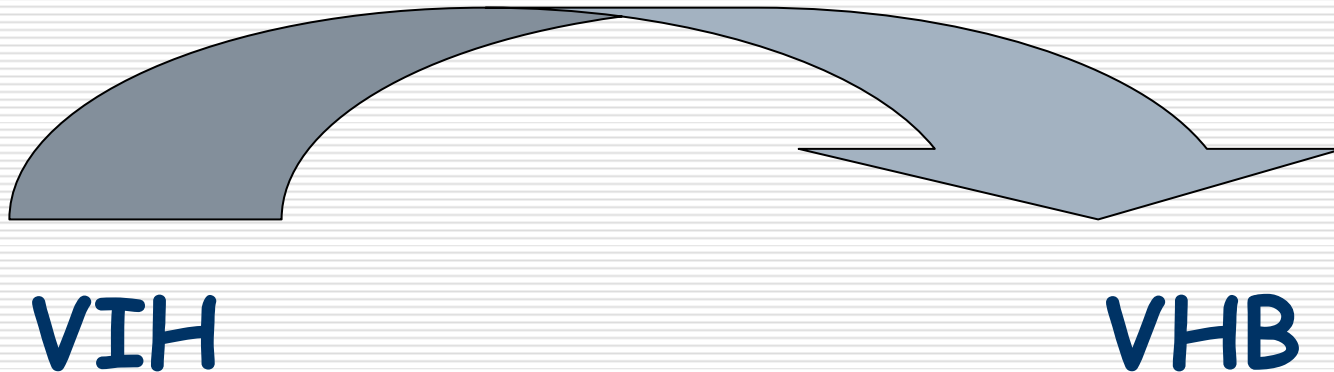
- Interféron pegylé
- Adéfovir
- Entécavir
- Adéfovir + Telbuvidine
- Adéfovir + lamuvidine

Le traitement anti-VHB le plus adapté?

- Interféron pegylé
- Adéfovir
- Entécavir
- Adéfovir + Telbuvidine
- Adéfovir + lamuvidine

Effets du VIH sur l'hépatite B

Augmente le passage à la chronicité
Augmente la réplication virale (±liée aux CD4)
Diminue les arrêts spontanés de réplication
Augmente la fréquence des réactivations
Accélère la fibrose et le risque de cirrhose



Objectifs du traitement anti-VHB

- ❑ Une séroconversion HBs (10% mono-infecté)
- ❑ Une suppression efficace et durable de l'ADN VHB
- ❑ Une séroconversion HBe (chez les Ag HBe+)
- ❑ Réduction les lésions nécrotico-inflammatoires du foie
- ❑ Stopper ou de ralentir la progression de la fibrose et la survenue d'une cirrhose

Indications du tt anti-VHB

Les trois paramètres pris en compte pour l'initiation du traitement sont :

- ❑ le niveau d'ADN VHB sérique (> 2 000 UI/ml) ;
- ❑ l'élévation des ALAT ;
- ❑ les lésions histologiques hépatiques (\geq A2 et \geq F2).
- ❑ Indications plus larges si tt ant-VIH est indiqué

Le choix thérapeutique repose

- l'indication ou non d'un traitement antirétroviral

Si pas d'indication au traitement anti-VIH à court terme (2 à 3 ans), les médicaments à double activité anti-VIH et anti-VHB ne devront pas être utilisés

- la présence éventuelle d'une cirrhose
-

Moyens thérapeutiques

- Interféron pégylé
- Anti-viraux:
 - . analogues nucléosidiques
 - . analogues nucléotidiques

Interféron pégylé

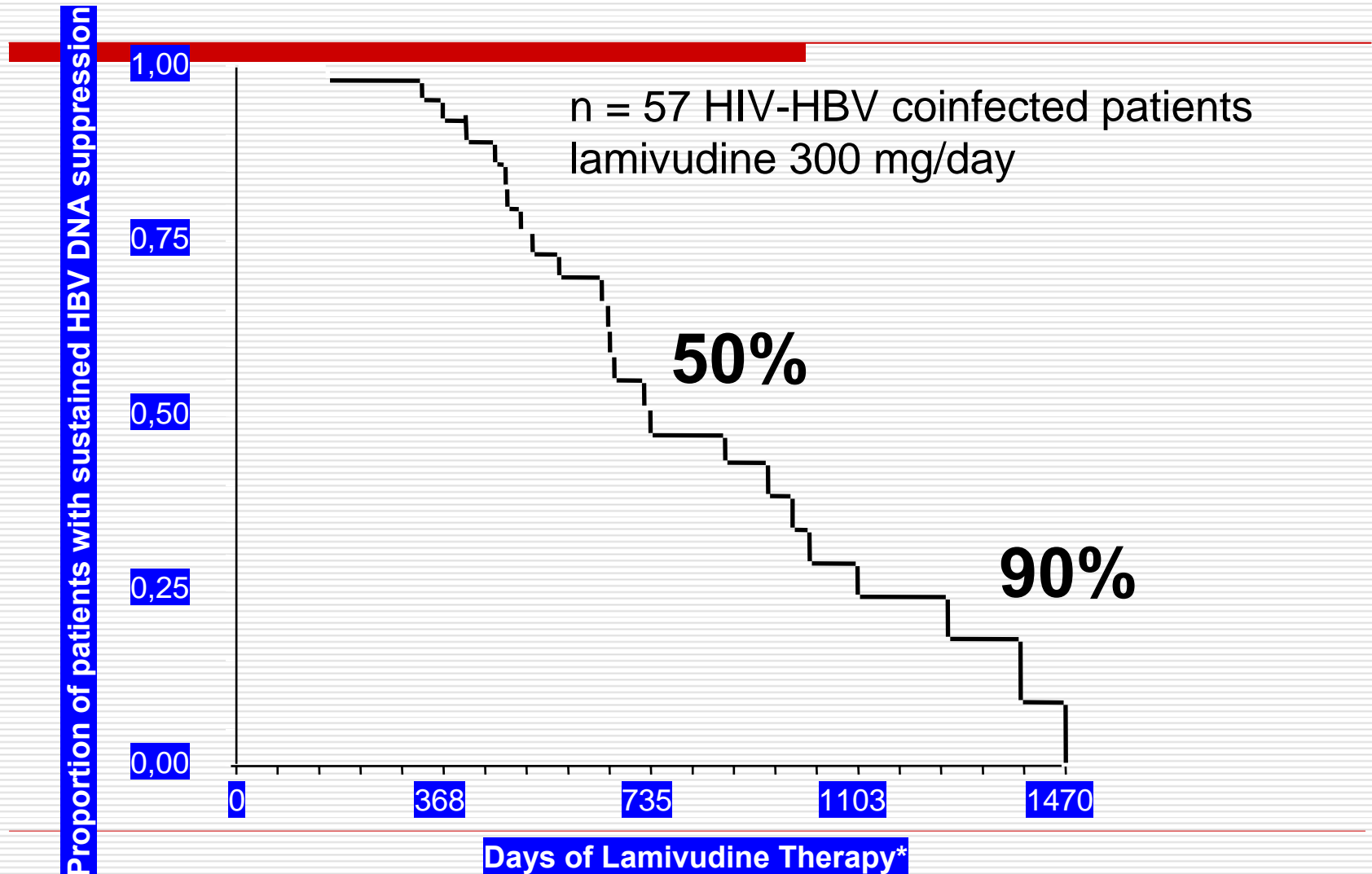
- ❑ Co-infection VIH-VHB, l'interféron si pas d'indication à débiter un traitement antirétroviral
- ❑ Facteurs prédictifs d'une bonne réponse à L'INF pégylé:
 - . présence de l'AgHBe
 - . réplication virale faible
 - . taux élevé d'ALAT
 - . infection à VHB de génotype A ou B
- ❑ La durée de traitement est de 48 semaines, quel que soit le statut HBe.

Anti-viraux

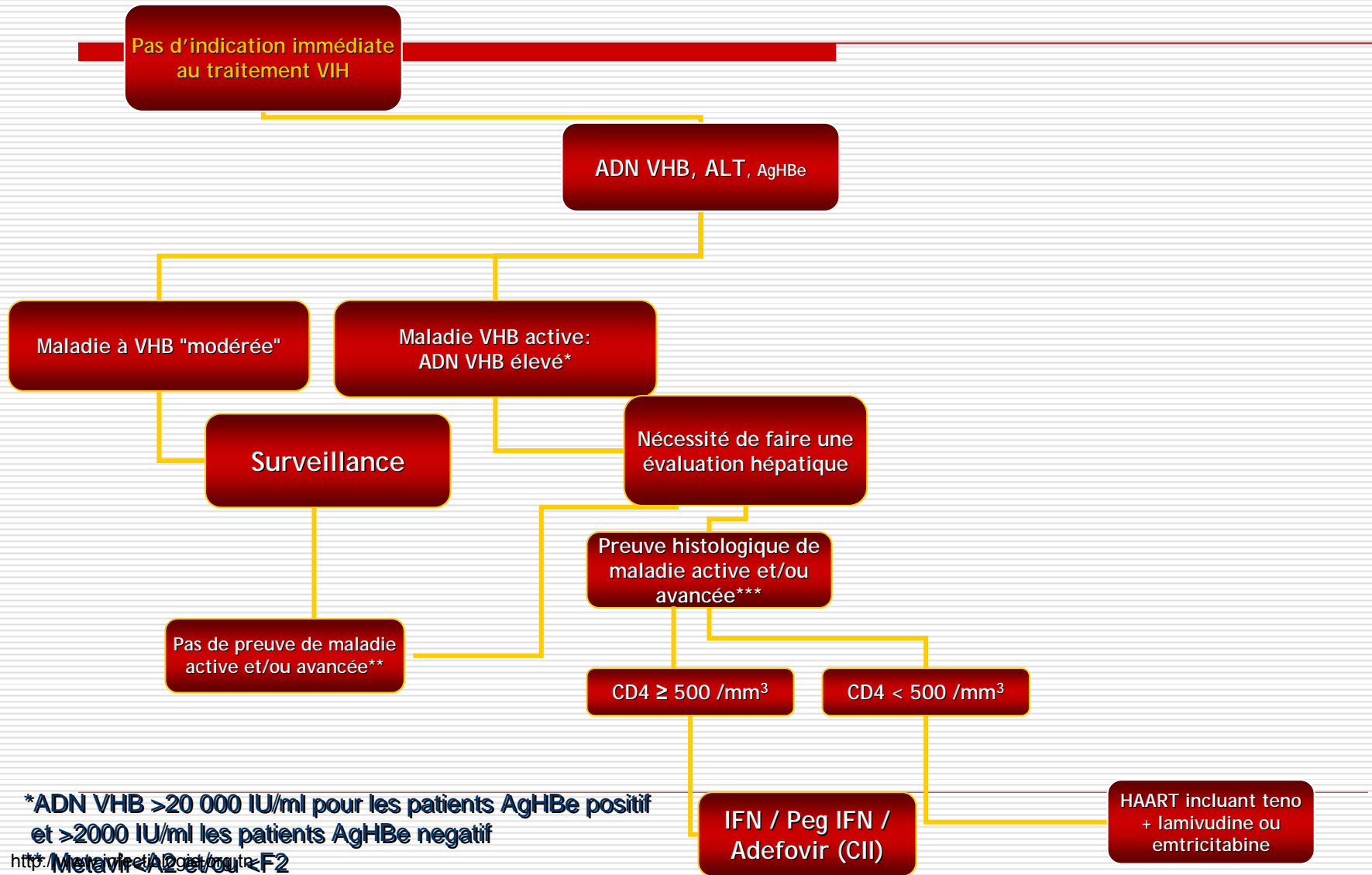
- Lamivudine et emtricitabine
- Adéfovir (Rce de 15-30% à 5 ans)
- Ténofovir (aucune mutation associée à une résistance n'a été décrite)
- Entécavir
 - . Naïf: Rce 1% à 4 ans
 - . Expérimenté 3TC: Rce 39% à 4 ans
 - . Pas monothérapie si VIH-VHB: risque de sélection de mutants P/P VIH (M184V)
- Telbivudine et Clévudine
 - . Pas d'action sur le VIH
 - . Rce: 10% à 2 ans (association avec adéfovir)

Traitement de la coinfection VIH-VHB

Lamivudine au long cours : mutant



Options thérapeutiques chez les patients co-infectés VHB/VIH

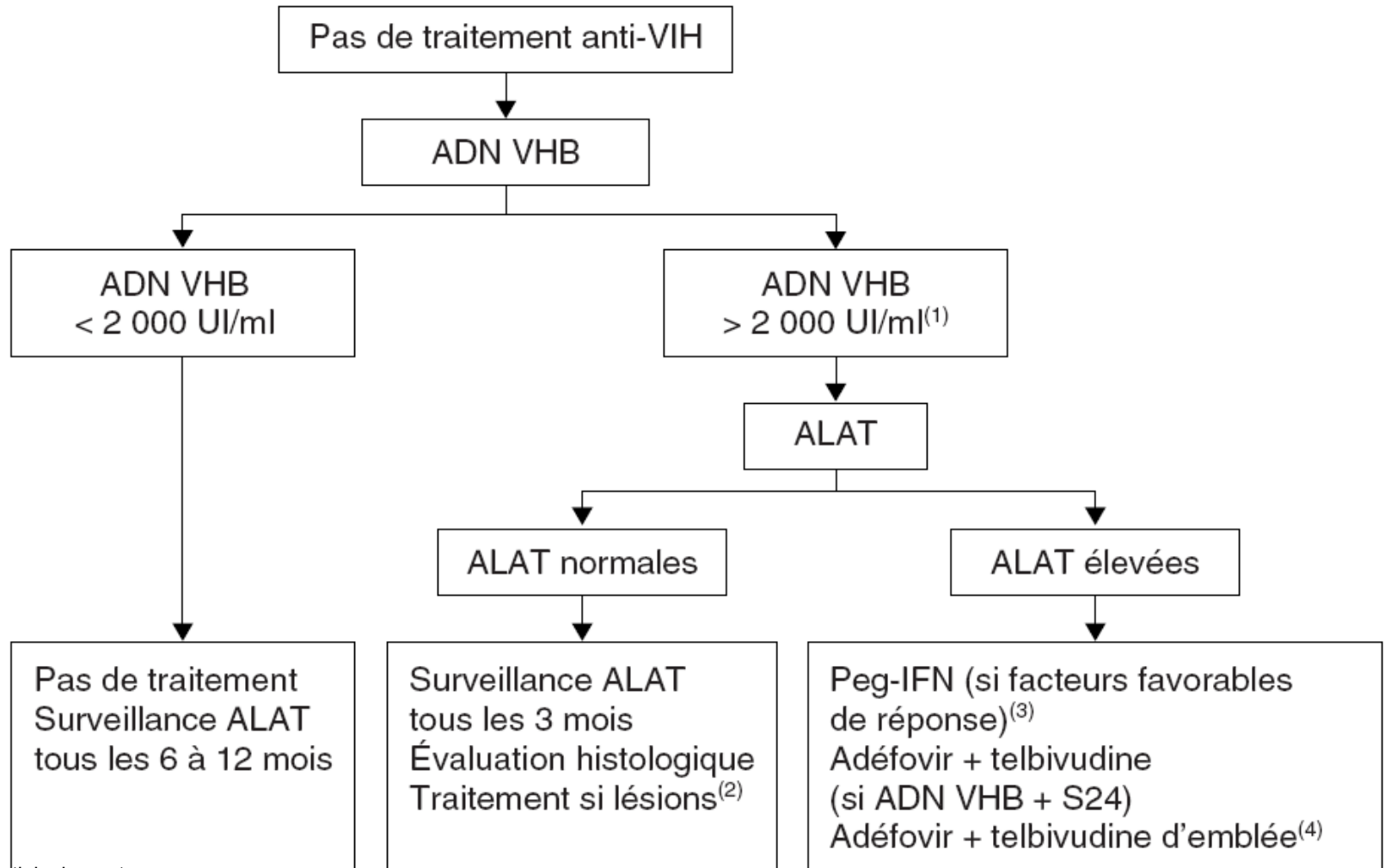


*ADN VHB >20 000 IU/ml pour les patients AgHBe positif
et >2000 IU/ml les patients AgHBe négatif

http://www.medicines.org.uk/metavir/2008/01/20080101

*** Metavir ≥A2 et/ou ≥F2

Stratégies thérapeutiques



Évaluation de la réponse au traitement anti-VHB

Une réponse cliniquement significative à un traitement anti-VHB est définie comme :

- ❑ une séroconversion durable anti-HBe chez les patients initialement porteurs de l'AgHBe ;
- ❑ une normalisation durable des ALT (< 2000 IU/ml) ;
- ❑ et une suppression durable de l'ADN-VHB.

(tt antiviraux peuvent être arrêtés: 6 mois après la séroconversion)

Suite du cas clinique

- ❑ Patient de 24 ans
- ❑ Asymptomatique
- ❑ CD4: 650/mm³ (30%)
- ❑ CV VIH: 2000 c/ml
- ❑ AgHBs+, AgHBe-, Ac anti-HBe+,
Ac anti-HBc+
- ❑ Transaminases 2 x normale
- ❑ CV VHB: 4500 UI/ml
- ❑ PBF: A1F2

Suite du cas clinique

- Le patient a été mis sous tt anti-VHB:
INF pégylé
- MAIS, perdu de vu
- Revient 5 ans plus tard:
 - . Asymptomatique
 - . CD4: 220/mm³
 - . CV VIH: 42000 c/ml
 - . DNA VHB: 10000 UI/ml

Quelle serait votre conduite?

- Traitement anti-VIH
- Traitement anti-VIH + anti-VHB
- Traitement anti VHB
- Aucun traitement

Quelle serait votre conduite?

- Traitement anti-VIH
- Traitement anti-VIH + anti-VHB
- Traitement anti VHB
- Aucun traitement

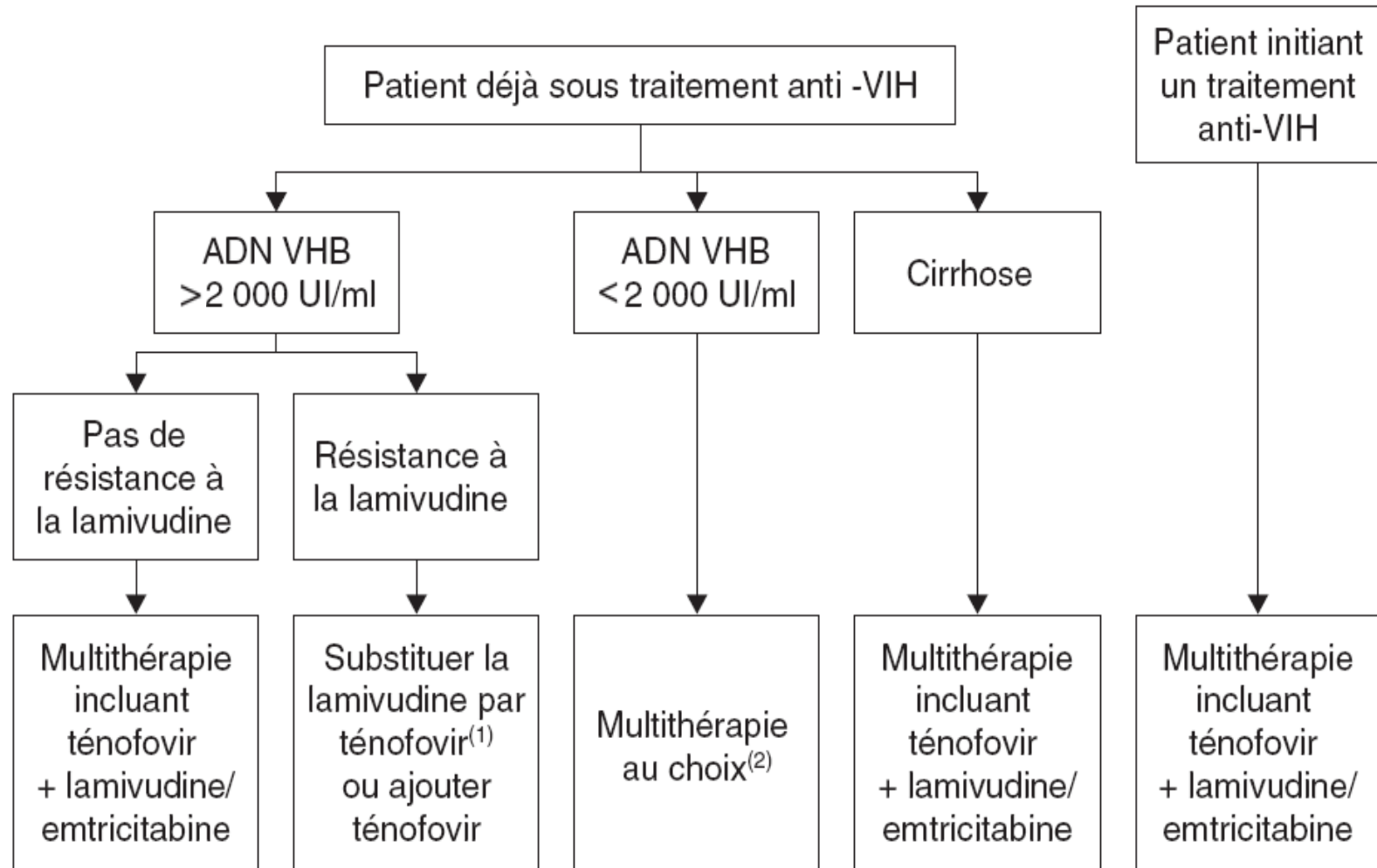
Les schémas les plus appropriés?

- TDF + 3TC + Lopinavir/r
- TDF + ABC + Lopinavir/r
- TDF + FTC + Lopinavir/r
- AZT + 3TC + Lopinavir/r
- AZT + DDI + Lopinavir/r

Les schémas les plus appropriés?

- TDF + 3TC + Lopinavir/r
- TDF + ABC + Lopinavir/r
- TDF + FTC + Lopinavir/r
- AZT + 3TC + Lopinavir/r
- AZT + DDI + Lopinavir/r

Stratégies thérapeutiques



Suite du cas clinique

- Le patient a été mis sous AZT + 3TC + Lopinavir/r
- M4 de tt:
 - . Asymptomatique
 - . CV VIH et VHB Indétectables
- 4 ans plus tard
 - . Même schéma thérapeutique
 - . Bonne observance
 - . CV VIH indétectable
 - . CV VHB:100000 UI/ml

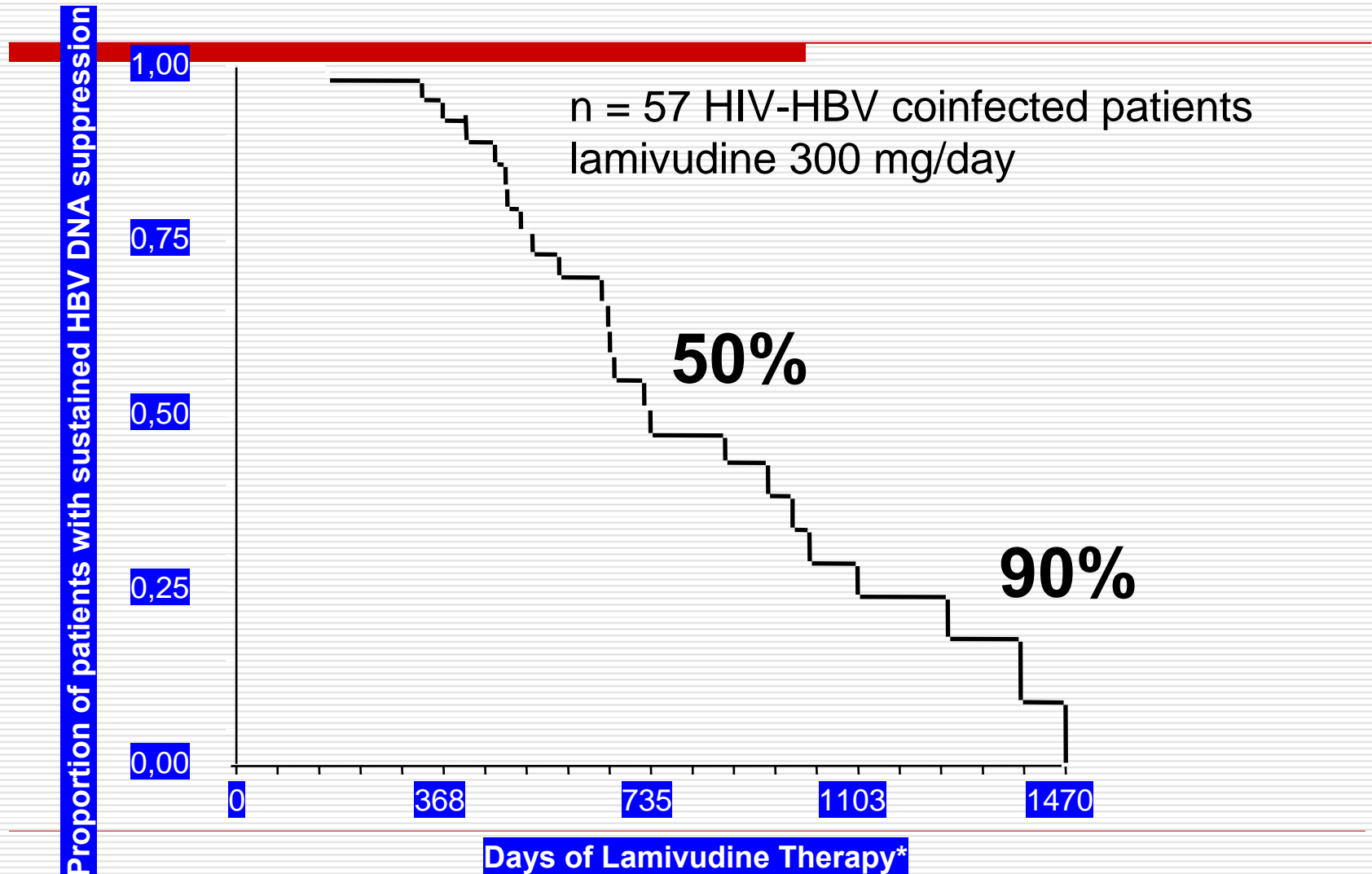
Quelle votre diagnostic?

Quelle votre diagnostic?

- Très probable résistance à la Lamuvidine (YMDD)

Traitement de la coinfection VIH-VHB

Lamivudine au long cours : mutant



Quelle serait votre conduite?

- TDF + 3TC + Lopinavir/r
- TDF + ABC + Lopinavir/r
- AZT + FTC + Lopinavir/r
- AZT + 3TC + Lopinavir/r
- AZT + DDI + Lopinavir/r

Quelle serait votre conduite?

- TDF + 3TC + Lopinavir/r
- TDF + ABC + Lopinavir/r
- AZT + FTC + Lopinavir/r
- AZT + 3TC + Lopinavir/r
- AZT + DDI + Lopinavir/r

Surveillance du traitement

- ❑ Chez les patients Ag HBs+ traités pour leur infection à VHB, une surveillance au moins **trimestrielle des transaminases et de la charge virale du VHB**
- ❑ La recherche de l'Ag HBs doit être faite **régulièrement (6 mois)** pour apprécier une perte de ce marqueur, puis l'acquisition des anticorps anti-HBs,

Surveillance du traitement

- ❑ **M1-M3**: une bonne réponse initiale est définie par une baisse du taux d'ADN VHB d'au moins 1 log₁₀
- ❑ L'ADN-VHB doit ensuite être évalué tous les trois mois.
- ❑ L'efficacité du traitement est appréciée par la négativation de l'ADN-VHB
- ❑ Une résistance doit être évoquée si, chez les patients observants, le taux d'ADN-VHB augmente de 1 log₁₀ ou plus