JOURNEE INFIRMIÈRE, SFLS, 24 octobre 2012

**Intervention du Dr Isabelle POIZOT, de Marseille**

**COINFECTIONS VIH/HÉPATITES**

230 décès en 2010 de patients coinfectés hépatites/VIH

En Fance : coinf VIH/VHC : 24,3 % en 2011 (16% en 2010)

23% de décès, par cancer, liés aux hépatites et non pas au VIH

Le risque de transmission percutanée est de 0,3% pour le VIH alors qu’il est de 5 à 10% pour le VHC.

Pire encore, pour le VHB, c’est 22 à 31 % de risque de transmission alors qu’il existe le vaccin

VHB : estimation de 50% de personnes non dépistées.

Estimation de 1 à 2% de patients VIH/année, contaminé par le VHB

Etiologie : risques, perte immunité du vaccin, réactivation du VHB (lors de trt imunosuppresseur, lors de modification ou simplification de traitement ARV, souvent chez les sujet AcHBc isolé

Chez les coinfectés : surveillance importante des deux charges virales

Vaccination contre le VHB, chez les patients VIH : 4 doubles injection IM (J0, M1, M2, M6) avec un titrage un à 2 mois plus tard.

Le VIH augmente le risque de passage à la chronicité. Plus ça progresse, plus le risque est important de passer vite au stade de fibrose, puis arrive au CHC (cancer hépatocellulaire)

Quand le AgHBs reste à plus de 6 mois du dépistage = chronicité

2 millions de cirrhose en France

VHC

2 nouvelles molécules : telaprévir (12 semaines de traitement) + Bocéprévir (44 semaines de traitement). Les deux associées à interferon et ribavirine.

Pour naïfs et géno1 (1a répond moins bien, que 1b)

Cas cirrhose : 14% de chance de guérir

Attention au sepsis sous IP

Le taux de comorbidités chez coinfectés VIH/hépatites est supérieur au monoinfecté VHC. Avec le genotype 3 : stéatose viroinduite

Avec l’âge, le taux de comorbidités augmente.

A 40/50 ans : comme si 60 ans dans la population générale

Chez les coinfectés : verifier vaccination anti VHA (vaccination remboursée)

**Dr Pascal Melin, St Dizier (pdt association SOS Hépatites)**

Les porteurs du virus sont appelés les HEPATANTS

Chez les hépatants, le traitement fait redescendre tout en bas de la pyramide de Maslow (tout comme l’annonce de la maladie)

Ce médecin demande à tous ses patients avant la mise en route du traitement :

“Vous sentez vous capable de ne pas guérir ?...., comment envisagez vous l’échec thérapeutique ?....

En France : 15000 traitement par an (donc peu)

La consultation médicale doit être complete :

 région anale

* région vaginale
* gestion : donner numéro de tel
* éviter de perdre du poids (diététicienne, prescription de produits protidiques, hypercalorique)
* attention aux dents(gingivite)
* cs ophtalmo (muscle ciliaire, perte vision)
* aborder : échec du trt (suivi ++ des PCR négative)
* aspect psycho affectif : comment il vit, qu’est ce qu’il fait, qu’est ce qu’il sait, quel devenir ??
* Dr Melin dit : il faut démystifier le rôle tout puissant du médecin, celui qui decide ou non de prescrire un traitement

**LES COOPERATIONS MEDECINS/INFIRMIERS (fibroscan et médecine du voyage)**

Moins de médecins, plus de malades.

Il s’agit de régulariser une situation qui existe depuis longtemps. Beaucoup d’infirmières font un travail médical

* Avec la loi HPST de juillet 2009, arrêté de 31/12/2009 est arrivé un nouveau décret légiférant les depôts de dossiers (décrêt du 21/07/2010 : comment le mettre en oeuvre)
* décret 11/10/2010 : VAE ??
* Il existe deux guides de l’HAS pour mettre ce type de dossier en place (infirmière vaccinologie, médecine du voyage)
* CHSCT et CTE doit intervener dans la validation des dossiers (site CIMED)

**PREVENTION PIERCING**

- décrets obligatoires depuis 2008 (obligation pour les centres de piercing de suivre formation en hygiene, et de respecter les règles d’hygiène imposées par la legislation)

**PREPARATION AU TRAITEMENT VHC CHEZ LE PATIENT COINFECTÉ VIH/VHC**

Intervention de Brigitte CANET, infirmière d’éducation thérapeutique, à Marseille.

Sa presentation montrait bien l’importance de préparer les patients à prendre un traitement antiVHC ; patients, qui ont déjà l’expérience d’un traitement antiVIH.

25 et 26 OCTOBRE 2012 : CONGRES SFLS

Beaucoup d’études en cours sur

- nouveaux inhibiteurs de protease antiVHC (siméprévir, faldaprévir, danoprévir… actifs sur genotype 1 et 4)

- quadrithérapie : IP + Non NUC : guérison à hauteur de 90%, chez des genotypes non répondeurs

- traitements sans interferon

- diminution de la durée du traitement

- décès des patients qui auraient pu être traités (etude MORTAVIC)

- impact des nouveaux traitements (guérison, qualité de vie….)chez les coinfectés, ou monoinfectés (etude HEPAVIH).

La fin des inclusions sera en 2014, mais pour l’instant : 3 fois plus de patients traités par télaprévir que bocéprévir + 24% de patients non traits pour cause de depression

Les IP ont de nombreuses contre-indications à prendre en compte avant la mise en route du traitement (CD4<100, CV>10000, plaquettes<500, hémoglobine<10, cirrhose décompensée, pathologie cardiaque, insuffisance rénale –HOMA>4)

Le traitement antiVIH le plus utilise avec les IP est l’isentress

L’effet secondaire le plus couramment retrouvé est l’anémie

Meilleurs résultats chez le rechuteur que chez non repondeur

Tous les orateurs sont unanimes pour dire :

“il faut traiter de plus en plus tôt, tout comme pour le VIH, à partir du moment où le patient adhère au projet de la mise sous traitement antiVHC”

Sans oublier : la préparation à la mise en route du traitement, très importante, qui peut durer plusieurs semaines……..