

# Prise en charge de l'hépatite C en médecine générale .

---

Quels changements en  
pratique avec la  
prescription des AAD  
élargie à tous les  
médecins ?

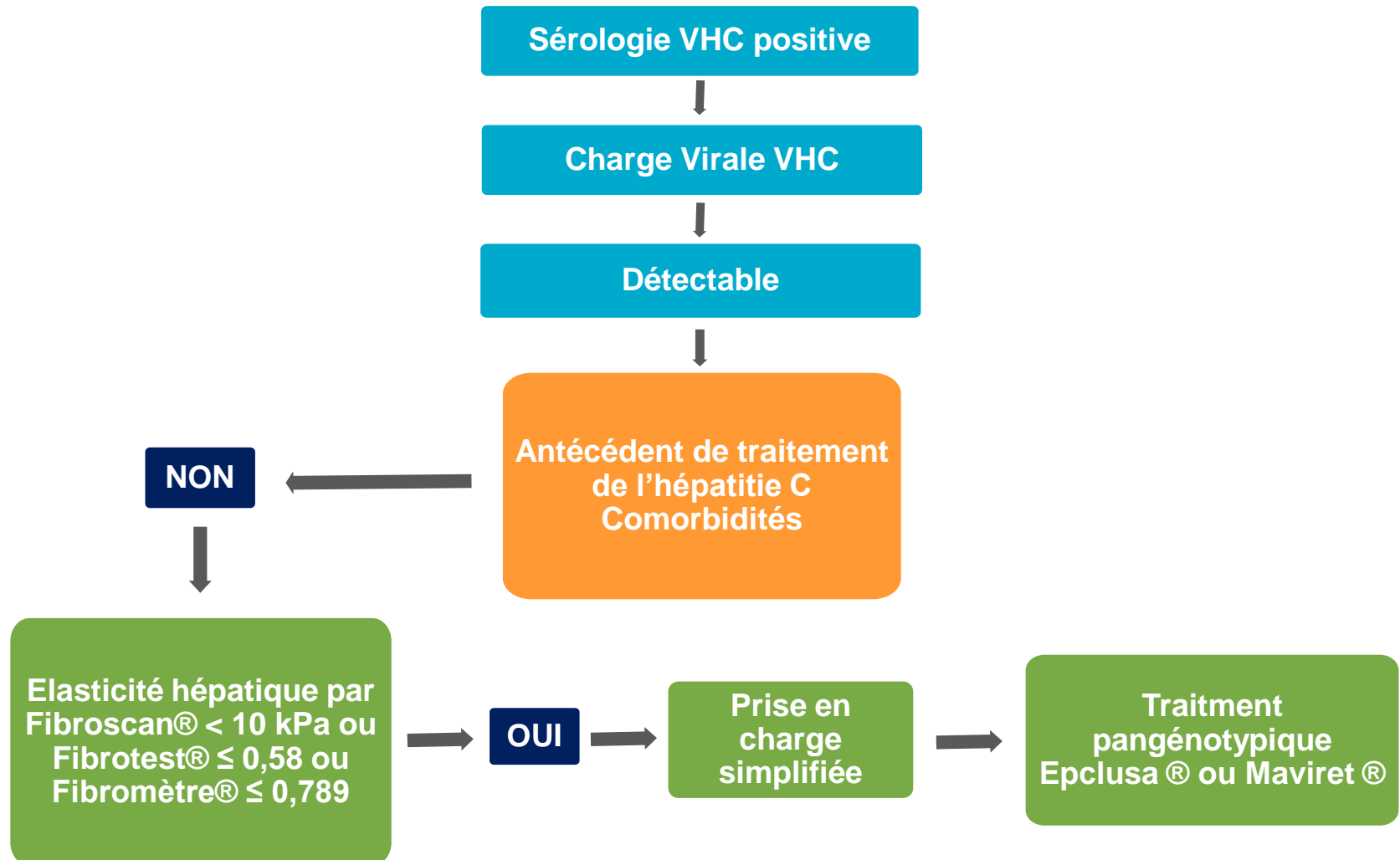
---

X.Aknine MG Gagny –  
Référent MG Addictions .

Le traitement universel avec des molécules pangénotypiques modifie radicalement la prise en charge du VHC.

- Simplifier le parcours de soin
- favoriser une prise en charge de proximité .
- recommander des schémas thérapeutiques simples , efficaces et bien tolérés : Parcours simplifié applicable en médecine générale .

# Parcours simplifié



# Quand faut-il orienter les patients vers un spécialiste ?



- Patients avec **fibrose hépatique avancée ou cirrhose**
- Patients avec des **manifestations extrahépatiques du VHC**
- Patients avec des **co-morbidités complexes**
- Patients présentant une **insuffisance rénale**
- Patients porteurs d' une **co-infection VIH/VHC ou VHB/VHC**
- Patients en échec avec **traitement AAD en première intention**
- Patients pouvant faire l'objet **d'essais cliniques s'appuyant sur de nouveaux protocoles thérapeutiques** .

# Traitement sous parcours simplifié

- **Sofosbuvir / Velpatasvir** – 1 cp par jour pendant 12 semaines : disponible en pharmacie de ville .
- **Glécaprevir / Pibrentasvir** – 3 cps par jour en une prise, avec de la nourriture, pendant 8 semaines : disponible en pharmacie de ville .

# Contre-indications

## Rares :

- Pour l'Epclusa<sup>o</sup> : insuffisance rénale sévère - traitement par l'amiodarone et traitements anti-acide ( omeprazole ... )
- Pour le Maviret<sup>o</sup> : traitement par statines ( Atorvastatine ) et traitement par rifabutine.
- En cas de doute : consulter le site [hep-druginteractions.org](http://hep-druginteractions.org)

# Bilan pré-thérapeutique

- NFS - plaquettes - transaminases - TP - DFG -.
- Evaluation de la fibrose hépatique : fibroscan si accessible – **Sinon : fibrotest – fibromètre – Mesure Elasticité du foie sur échographie du foie en ville .**
- Evaluer les co-morbidités :
- consommation d'alcool - obésité ou surpoids – diabète- co-infection VIH / VHB – Insuffisance rénale .

**La consommation d'alcool et de cannabis ne diminue pas l'efficacité des traitements AAD .**

# Surveillance pendant traitement et après traitement .

- Suivi et soutien des effets indésirables éventuels ( maux de tête – fatigue – nausées ) .
- **Contrôle de la charge virale du VHC (ARN) par prélèvement veineux 3 mois après la fin du tt pour affirmer la guérison virologique ( RVS) du patient .**
- Surveillance du patient avec fibrose hépatique sévère ou cirrhose – Contrôle semestriel échographique et biologique .



# Quels changements pour le médecin généraliste ?

- prescrire la sérologie du VHC lors de toute demande de bilan ( lipidique , glucidique ...) du patient .
- **Proposer une sérologie VHC au moins une fois dans la vie de tout patient .**
- **Se former à la prescription des traitements AAD pour les MG suivant des patients opio-dépendants sous MSO .**
- Adresser le patient à un hépatologue en

# Maintenir la dynamique dans les structures .

## Questionnaire Fédération Addiction :

- Conçu comme une mini-veille participative auprès des CSAPA et CAARUD .
- Adressé tous les 3 mois aux structures et aux médecins généralistes : 2 parties distinctes .
- Recensement nombre de patients dépistés , traités et guéris .
- Recueil qualitatif : délivrance du tt AAD

# Organisation au sein des équipes de soins

- Désigner un référent hépatite C .  
Fixer un jour dédié au dépistage et aux animations sur l'hépatite C .  
Mettre en place des ateliers collectifs avec des patients experts ayant été traités par un AAD .  
Prendre contact avec les partenaires locaux pour développer la RDRD et mettre en place un atelier AERLI .
-

# CONCLUSION

L'objectif de l'élimination de l'hépatite C est dynamisant . Il suppose des initiatives .

En ville :

Intensifier le dépistage

Diffuser le parcours simplifié

En structure :

Désigner un référent

Fixer un jour dédié au dépistage

RDRD : AERLI

---

Patients experts