4 Co-infection VIH-VHC, enquête hospitalière nationale, juin 2001. Premiers résultats.

Pascal Gouëzel[1]
Dominique Salmon[2], Gilles Pialloux[2], Josiane Holstein[3], Elisabeth Delarocque-Astagneau[1].
[1]InVS, Saint-Maurice - [2]APPIT - [3]AP-HP.

Introduction

Les patients co-infectés par le VIH et le VHC développent des complications spécifiques graves liées au VHC. Les objectifs de l'étude étaient d'estimer la proportion de patients VIH-positifs présentant des marqueurs de l'hépatite C et de décrire la prise en charge diagnostique et thérapeutique de ces patients.

Méthode

Une enquête nationale de prévalence hospitalière a été proposée à tous les patients VIH-positifs présents le jour de l'enquête dans 180 services tirés au sort parmi 272 services de maladies infectieuses, d'immuno-clinique et de médecine interne accueillant des patients VIH-positifs. Afin d'assurer un effectif suffisant, les services à forte activité ont été sur représentés. Le questionnaire comprenait des variables démographiques, des variables cliniques et biologiques sur les infections à VIH et à VHC et sur les traitements anti-VHC. L'analyse multivariée a été faite par régression logistique (BMDP) et par analyse des correspondances multiples (Spad).

Résultats

Au total, 1 761 patients VIH-positifs ont été inclus, 1 702 avaient eu une sérologie VHC (97 %) et 456 présentaient des anticorps anti VHC (26,8 %). Après redressement, la proportion de patients VIH+ ayant des anticorps anti-VHC a été estimée à 27,9 % [26,7 % - 31,0 %]. L'analyse multivariée a montré qu'une biopsie hépatique était d'autant plus souvent réalisée que le patient consommait peu d'alcool (OR ajusté : 2,7 [1,4 - 5,1]), que ses ALAT étaient élevées (OR ajusté : 3,3 [1,9 - 5,8]), qu'il n'était pas au stade sida (OR ajusté : 2,1 [1,1 - 3,8]), que ses CD4 étaient supérieurs à 200 (OR ajusté : 5,7 [2,6 - 12,8]), qu'il était toxicomane (OR ajusté : 3,0 [1,6 - 5,7]), qu'il présentait une complication clinique (OR ajusté : 11,7 [3,6 - 38,7]), que sa pathologie VHC était suivie par un hépatologue (OR ajusté : 2,9 [1,5 - 5,5]) et qu'il était suivi dans un hôpital qui avait vu plus de 30 patients VIH-positifs le jour de l'enquête (OR ajusté : 1,9 [1,1 - 3,3]).
La mise sous traitement après ponction biopsie hépatique ne dépendait quant à elle que de la présence d'un hépatologue (OR ajusté : 2,7 [1,2 - 5,8]).
L'analyse des correspondances multiples a dessiné deux classes sans chevauchement. La première classe (36 %) regroupait essentiellement des patients biopsiés et traités. Dans cette classe, les patients avaient souvent des ALAT élevées, étaient rarement au stade sida et étaient souvent suivis par un hépatologue. La seconde classe (64 %) regroupait surtout des patients non biopsiés et non traités. Dans cette classe, les patients avaient souvent des ALAT normales, étaient souvent au stade sida et étaient rarement suivis par un hépatologue.

Discussion

Un effort méthodologique a permis d'assurer la représentativité nationale des résultats (proportion de co-infectés : 27,9 %). Cette estimation est probablement plus proche de la réalité que celles fournies par d'autres études voisines mais sans tirage au sort (33,9 % en 2000). L'analyse multivariée a montré le bénéfice pour les patients d'être suivi par un hépatologue (simple avis, consultation ou suivi dans une service d'hépatologie) et la plus-value que pouvait apporter « l'expérience » des praticiens (importance de la file active).

poster - poster - poster -