



Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France, juin 2004

Christine Larsen¹, Gilles Pialoux², Dominique Salmon³, Denise Antona¹, Lionel Piroth⁴, Yann Le Strat¹, Stanislas Pol⁵, Eric Rosenthal⁶, Didier Neau⁷, Caroline Semaille¹, Elisabeth Delarocque-Astagneau¹

¹ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice ² Hôpital Tenon, Paris ³ Hôpital Cochin, Paris ⁴ Hôpital du Bocage, Dijon
⁵ Hôpital Necker-enfants malades, Paris ⁶ Hôpital de l'Archet, Nice ⁷ Hôpital Pellegrin, Bordeaux

INTRODUCTION

Les co-infections VIH et virus des hépatites B (VHB) et C (VHC) sont fréquentes, ces trois virus partageant des modes de transmission communs.

L'infection à VIH aggrave le pronostic de la maladie hépatique liée au VHC et au VHB [1-2]. Depuis l'emploi d'associations antirétrovirales puissantes dans l'infection à VIH, la durée de vie des patients s'est allongée. La morbidité et la mortalité liées au VHB et VHC deviennent dès lors des facteurs essentiels à prendre en compte dans leur prise en charge [3]. Dans ce contexte et après l'enquête effectuée en 2001 sur la co-infection VIH-VHC [4], une enquête transversale un jour donné sur les co-infections VIH et virus des hépatites B et C a été réalisée chez les personnes suivies pour une infection à VIH (VIH+) dans des établissements de soins de court séjour. Coordonnée par l'Institut de veille sanitaire, cette étude avait pour objectif principal d'estimer les prévalences des co-infections VIH-VHB, VIH-VHC et VIH-VHB-VHC dans cette population. Les objectifs secondaires étaient de décrire les caractéristiques démographiques et épidémiologiques des co-infections VHB et VHC, d'estimer la couverture vaccinale contre le VHB et de décrire la prise en charge diagnostique et thérapeutique des hépatites chroniques.

MÉTHODES

On entend par « marqueurs sériques du VHB », l'anticorps (Ac) anti-HBc, l'antigène (Ag) HBs et l'ADN VHB et par « marqueurs sériques du VHC », l'Ac anti-VHC et l'ARN VHC. La chronicité de l'hépatite B au moment de l'enquête est définie par la présence d'un Ag HBs+ ou d'un ADN VHB+. La chronicité de l'hépatite C au moment de l'enquête est définie par la présence d'un ARN VHC+.

A partir des cas de sida ou d'infection à VIH déclarés entre janvier 1999 et septembre 2003 à l'Institut de veille sanitaire, 418 services (infectiologie, médecine interne...) de soins de court séjour publics et privés ont été recensés. Parmi eux, les 207 services qui avaient déclaré au moins 4 cas de sida ont été sollicités. Sur les 211 services ayant déclaré moins de 4 cas, 70 ont été tirés au sort par un sondage aléatoire simple. Au total, 277 services ont été sollicités dans 206 établissements de soins. Leur participation à l'étude a été volontaire.

Tout patient adulte (âge ≥ 18 ans) VIH+, présent le jour de l'enquête en consultation ou hospitalisation dans les services participants, informé par voies d'affiche et notice individuelle d'information était inclus après consentement signé.

L'enquête, réalisée le 22 juin 2004, a reçu l'avis favorable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Les données, recueillies à partir du dossier médical du patient après accord, incluent des caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, pays de naissance, statut d'emploi), comportementales (consommation d'alcool), clinico-biologiques et thérapeutiques des infections VIH, VHB et VHC ainsi que la couverture

vaccinale contre le VHB. Le nombre total d'adultes VIH+ présents le jour de l'enquête ainsi que le nombre de refus de participation étaient enregistrés.

Le logiciel Stata 8.2 a été utilisé pour l'analyse. Les résultats présentés sont des estimations qui ont pris en compte le plan de sondage, en associant un poids (facteur correcteur égal à l'inverse de la probabilité d'inclusion) à chaque individu enquêté.

RÉSULTATS

Participation

Parmi les 277 services sollicités répartis sur tout le territoire, 167 (60,3 %) ont participé. Leur répartition régionale est semblable à celle des services non participants ($p=0,7$). Parmi les services ayant déclaré au moins 4 cas de sida, 32,5 % n'ont pas participé qui avaient déclaré un nombre moyen de cas inférieur à celui des services participants (13 vs 30 ; $p \leq 10^{-4}$).

Parmi les 2 054 adultes VIH+ sollicités le jour de l'enquête, 1 849 (90 %) ont accepté de participer.

Caractéristiques des personnes

Les estimations des principales caractéristiques de la population VIH+ prise en charge en France dans des établissements de soins de court séjour sont décrites dans le tableau 1. La proportion d'hommes est toujours majoritaire (> 60 %) quel que soit le continent de naissance sauf pour l'Afrique subsaharienne (37,2 % [IC 95 % : 31,7-43,2]). Les hommes sont plus âgés en moyenne que les femmes (respectivement, 44,0 ans [43,3-44,7] vs 40,6 ans [39,7-41,5]).

La consommation d'alcool excessive, définie chez la femme par plus de 21 verres bus par semaine et chez l'homme par plus de 28 verres est observée pour 5,3 % [4,3-6,6] des personnes.

Le statut vaccinal vis-à-vis de l'hépatite B est inconnu pour 20,1 % [15,8-25,2] des personnes. Une vaccination complète contre le VHB (trois doses de vaccin) a été réalisée pour 10,3 % [8,2-12,9] d'entre elles, 2,2 % [1,5-3,1] ayant reçu moins de trois doses et 3,6 % un nombre de doses inconnu. Les personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin sont plus jeunes (âge moyen : 40,6 ans [39,5-41,6]) que les autres (43,2 ans [42,5-43,8] ; $p < 10^{-4}$). Les usagers de drogues de moins de 40 ans ont plus rarement reçu au moins une dose de vaccin (10,6 % [5,8-18,8]) que les homosexuels de moins de 40 ans (29,1 % [22,8-36,4]), cette différence s'accroissant pour les 40 ans et plus (respectivement 4,7 % [2,6-8,5] et 17,5 % [13,3-22,6]).

Infections VIH et VHB

Le tableau 2 présente la distribution des marqueurs sériques d'hépatite B qui sont indéterminés pour 18,9 % [15,9-22,4] des personnes. La positivité d'au moins un des « marqueurs sériques du VHB » varie en fonction du sexe, de l'âge, du continent de naissance et du mode de transmission du VIH.

Comparées en analyse univariée aux personnes ayant au moins un marqueur sérique d'hépatite B positif, les personnes Ag HBs(-),

Tableau 1

Principales caractéristiques de la population VIH+, enquête nationale, France, 22 juin 2004			
n = 1 849		%	[IC 95 %]
Modalité de prise en charge	Consultation externe	55,4	[49,6-61,0]
	Hospitalisation de jour	23,2	[18,3-29,0]
	Hospitalisation complète	21,4	[18,5-24,7]
Sexe	Homme	68,2	[65,3-71,0]
	Femme	31,6	[28,8-34,5]
	Inconnu ou manquant	0,2	[0,1-0,5]
Pays ou continent de naissance	France métropolitaine	64,9	[59,8-69,8]
	Dom	3,1	[1,6-5,7]
	Pays d'Afrique subsaharienne	17,4	[14,2-21,2]
	Pays d'Afrique du nord	5,1	[4,0-6,3]
	Autres pays	8,5	[6,3-11,3]
Inconnu ou manquant	1,0	[0,6-1,8]	
Activité professionnelle (< 60ans)	Oui	49,0	[45,5-52,6]
	Non	46,5	[42,9-50,1]
	Inconnu ou manquant	4,5	[3,2-6,2]
Mode de transmission VIH	Rapports hétérosexuels	41,4	[37,3-45,7]
	Rapports homosexuels	30,2	[26,3-34,4]
	Usage de drogues en IV	18,8	[16,0-21,9]
	Autre	2,7	[2,0-3,6]
	Inconnu ou manquant	6,9	[5,6-8,4]
Stade clinique de l'infection VIH	Primo-infection	0,7	[0,4-1,5]
	Asymptomatique	39,4	[35,8-43,1]
	Pauci-symptomatique	24,6	[21,9-27,4]
	Sida	33,5	[30,3-36,8]
Inconnu ou manquant	1,8	[1,2-2,8]	
Nombre de CD4/mm ³	≥ 350	49,7	[46,4-53,0]
	< 350	48,5	[45,2-51,7]
	Inconnu ou manquant	1,8	[1,2-2,7]
Charge virale VIH	Détectable	53,3	[50,5-56,2]
	Indétectable	43,4	[40,5-46,4]
	Inconnu ou manquant	3,3	[2,4-4,4]
Traitement antirétroviral	Oui	75,1	[72,3-77,8]
	Fenêtre thérapeutique	6,0	[4,8-7,5]
	Non	18,4	[15,9-21,1]
	Inconnu ou manquant	0,5	[0,2-0,9]

Ac anti-HBs(-) et Ac anti-HBc(-) sont plus souvent ($p \leq 10^{-3}$) des femmes (41,6 % [37,1-46,1] vs 23,6 % [19,7-28,0]), âgées de moins de 40 ans (45,4 % [41,7-49,2] vs 34,9 % [31,3-38,7]), hétérosexuelles (51,9 % [46,5-57,2] vs 32,5 % [27,7-37,8]) et immunocompétentes ($CD4 \geq 350/mm^3$: 53,8 % [49,4-58,2] vs 47,6 % [43,7-51,6]). Elles sont moins souvent nées dans un pays d'Afrique subsaharienne (10,7 % [8,0-14,6] vs 23,5 % [18,8-21,9]). Leurs statuts clinique, virologique et thérapeutique de l'infection à VIH ne sont pas différents.

Coinfection chronique VIH-VHB

La prévalence de la co-infection chronique VIH-VHB est de 7 % [5,9-8,1] (inconnu : 6,3 %).

Les personnes co-infectées chroniques VIH-VHB décrites dans le tableau 3, sont 37,6 % [27,9-48,3] à être également prises en charge par un hépatologue. En analyse univariée, elles ne sont pas différentes des personnes sans hépatite B chronique en termes d'âge, de statut d'emploi, de continent de naissance, de mode de transmission VIH, de statut clinique, immunologique, virologique et thérapeutique de l'infection à VIH.

Parmi les personnes ayant un Ag HBs+, 48,5 % [38,6-58,4] sont virémiques (ADN VHB+), 27,3 % [20,0-35,9] ne le sont pas (ADN VHB-), la virémie restant inconnue pour 24,2 % [16,2-34,6] d'entre elles. L'Ag HBe est positif pour 33,3 % [25,4-42,3] d'entre elles, négatif pour 45,4 % [35,8-55,4] et inconnu pour 21,3 % [13,7-31,4]. Le statut vis-à-vis du virus delta (Ag ou Ac ou PCR) est positif pour 4,6 % [2,1-9,6] d'entre elles, négatif pour 29,5 % [21,5-39,0] et inconnu pour 65,9 % [56,7-74,1].

Les personnes co-infectées chroniques VIH-VHB ont des Alats normales à au moins 3 dosages successifs dans 42,1 % [33,6-51,1] des cas et élevées (supérieures à la limite supérieure de la normale) dans 40,6 % [32,6-49,1] (inconnu : 17,3 %).

Une évaluation d'activité et de fibrose hépatiques est disponible pour 34,6 % [26,2-44,1] des personnes (biopsie : 30,1 %, test substitutif de biopsie : 3,8 % ; les deux : 0,7 %), non réalisée dans 40,6 % [31,9-50,0] et inconnue dans 24,8 % [16,8-35,1]. Cette évaluation est plus fréquente en cas d'Alat élevées (55,6 % [42,4-68,0] vs 17,8 % [10,1-29,7]). Parmi les personnes ayant cette évaluation disponible ($n = 46$), 39,1 % [28,2-51,3] présentent une hépatite modérée à sévère et 23,9 % [13,7-38,3] une cirrhose (inconnu : 17,4 %).

Un traitement actif contre le VHB n'a jamais été prescrit chez 12,8 % [8,0-19,8] des personnes co-infectées chroniques VIH-VHB et a été arrêté chez 5,2 % [2,6-10,5] (inconnu : 11,3 %). Il est en cours pour 70,7 % [61,6-78,4] qu'une évaluation histologique soit disponible (89,1 % [77,6-95,1]) ou non (72,2 % [57,5-83,3] ; $p = 0,044$). Ce traitement est prescrit à 81,1 % [71,8-81,8] des personnes co-infectées chroniques sous antirétroviraux (ARV) pour leur infection à VIH et à 11,8 % [3,0-36,5] des personnes non traitées par ARV.

Infections VIH et VHC

Au moins un des « marqueurs sériques du VHC » est positif pour 24,3 % [21,3-27,6] des personnes (tableau 4).

Comparées en analyse univariée aux personnes Ac anti-VHC-, les personnes ayant au moins un marqueur sérique positif (tableau 3) sont plus souvent UDI (71,6 % vs 1,6 % [0,9-2,3]), inactives (60,6 % vs 46,0 % [42,4-49,6]) et consommatrices excessives d'alcool (10,1 % vs 3,7 % [2,7-5,1]) et moins souvent nées en Afrique subsaharienne (7,3 % vs 20,7 % [16,8-25,2]). Elles ne sont pas différentes en termes d'âge, de sexe, de statut clinique, immunologique, virologique et thérapeutique de l'infection à VIH.

Parmi les personnes ayant des Ac anti-VHC+, 69,1 % [64,3-73,5] sont virémiques (ARN VHC+) et 20,8 % [17,1-25,2] sont non virémiques (ARN VHC-) : 11,2 % [8,2-15,1] sans traitement anti-VHC, 5,2 % [3,6-7,7] après ou en cours de traitement anti-VHC et 4,4 % [2,7-7,1] notion de traitement inconnue. Le résultat de l'ARN VHC est inconnu pour 10,1 % [7,3-13,8].

Caractéristiques des personnes virémiques pour le VHC

Parmi les personnes virémiques pour le VHC ($n = 310$), 4,6 % [2,8-7,6] présentent une hépatite B chronique associée. La prévalence des co-infections chroniques VHB-VHC dans la population VIH+ est de 0,8 % [0,5-1,3].

Les Alats sont élevées dans 65,7 % [59,8-71,2] des cas. Une cirrhose clinique est signalée pour 20,7 % [16,4-25,7] et un hépatocarcinome pour 1,5 % [0,6-4,2]. Ils sont 50,9 % [42,6-59,2] à avoir une prise en charge conjointe de leur hépatite C par un hépatologue et 57,7 % [50,0-65,0] à avoir eu une évaluation d'activité et de fibrose hépatiques : 48,5 % par biopsie, 5,2 % par test substitutif de biopsie et 4,0 % par les deux.

Parmi les personnes virémiques ayant une évaluation d'activité et de fibrose ($n = 177$), 42,8 % [35,1-50,9] présentent une hépatite modérée à sévère et 19,2 % [14,1-25,8] une cirrhose (inconnu : 13,9 %).

Un traitement anti-VHC est (ou a été) prescrit à 36,5 % [30,7-42,6] des personnes virémiques et à 8,4 % [5,4-12,6] des personnes non virémiques. Ce traitement inclut de l'interféron (pegylé ou non) en monothérapie (14,5 % [9,0-22,4]) ou associé à de la ribavirine (82,8 % [74,6-88,7]) (inconnu : 2,7 %).

Le pourcentage de personnes virémiques traitées varie en fonction de l'existence ou non d'une évaluation d'activité et de fibrose hépatiques (respectivement : 54,0 % [46,4-61,4] vs 12,4 % [6,4-22,7]) et de la sévérité de l'hépatite (minime : 18,6 % [9,7-32,8], modérée à sévère : 65,0 % [52,6-75,6] ou cirrhose : 66,6 % [46,6-82,1]). Il varie également en fonction du stade clinique de l'infection à VIH (sida : 17,9 % [11,7-26,3] vs non sida : 37,3 % [31,6-43,4]). Ce pourcentage ne varie pas en fonction du mode de transmission du VIH (UDI / non UDI), ni de la consommation excessive ou non d'alcool.

DISCUSSION

Cette enquête transversale indique une prévalence élevée d'au moins un « marqueur sérique du VHB » (44,5 %) et précise la prévalence des formes VHB chroniques (7 %) dans la population VIH+ prise en charge en France dans des établissements de soins de court séjour. Elle confirme, dans cette population, l'importance de l'infection à VHC (24,3 %) existant sous forme chronique dans près de trois quarts des cas. Elle précise, pour la première fois, la prévalence des co-infections chroniques VHB-VHC dans cette population (0,8 %).

La stratégie d'échantillonnage des services participants a permis de disposer d'estimations d'une précision suffisante et le taux de participation des personnes (90 %) est satisfaisant. Ces estimations tiennent compte du plan de sondage par une pondération de chaque individu de l'échantillon permettant d'obtenir des estimateurs sans biais. Les caractéristiques socio-démographiques (sexe, âge, continent de naissance) sont comparables à celles observées dans l'enquête ANRS-Vespa réalisée en 2003 [5] sur les conditions de vie des personnes VIH+ prises en charge en secteur hospitalier. Cependant, notre enquête n'a pas pris en compte la périodicité de venue des personnes en consultation ou hospitalisation. Or, réalisée sur un jour donné, la probabilité d'inclusion des personnes venant souvent est plus grande, ces personnes pouvant présenter certaines spécificités.

Tableau 2

Distribution des marqueurs sériques du VHB dans la population VIH+, enquête nationale, France, 22 juin 2004

	Absence de marqueurs sériques		Porteurs chroniques du VHB		Autres situations					Données manquantes				
	Ag HBs- Ac anti-HBc- Ac anti-HBs-		Ag HBs+ ou ADN VHB+		Ac anti-HBc+	Ac anti-HBc- Ac anti-HBs+	Ac anti-HBc? Ac anti-HBs+	Ag HBs- autres marqueurs ?						
Prévalence [IC 95 %]														
n = 1 849	27,1 %	[24,5-30,0]	7,0 %	[5,9-8,1]	37,6 %	[35,0-40,1]	9,4 %	[7,6-11,5]	3,1 %	[2,1-4,6]	9,5 %	[7,2-12,3]	6,3 %	[4,9-8,1]
Sexe														
Homme n = 1 261	21,8 %	[18,9-25,0]	8,4 %	[7,0-10,0]	41,5 %	[38,6-44,5]	9,4 %	[7,4-11,9]	3,6 %	[2,5-5,3]	8,7 %	[6,5-11,6]	6,6 %	[5,1-8,6]
Femme n = 584	38,7 %	[34,0-43,7]	4,0 %	[2,7-5,8]	29,3 %	[24,8-34,3]	9,3 %	[6,8-12,5]	2,0 %	[1,0-4,0]	11,1 %	[7,7-15,8]	5,6 %	[3,7-8,4]
Âge														
< 40 ans n = 716	31,2 %	[27,5-35,2]	7,9 %	[6,3-9,9]	32,6 %	[28,9-36,4]	12,0 %	[9,2-15,6]	2,0 %	[1,2-3,5]	8,7 %	[6,2-12,2]	5,6 %	[4,1-7,6]
≥ 40 ans n = 1 119	24,4 %	[21,4-27,7]	6,4 %	[5,1-8,1]	40,9 %	[37,9-43,9]	7,8 %	[6,0-10,1]	3,8 %	[2,5-5,7]	10,0 %	[7,5-13,2]	6,7 %	[4,9-9,1]
Continent de naissance														
Europe* n = 1 306	28,2 %	[25,4-31,3]	6,3 %	[5,2-7,7]	35,7 %	[32,7-38,7]	10,7 %	[8,7-13,2]	3,2 %	[2,2-4,6]	9,3 %	[6,9-12,3]	6,6 %	[4,9-8,9]
Afrique du nord n = 97	36,0 %	[26,0-47,6]	2,1 %	[0,6-7,4]	34,0 %	[23,8-46,0]	10,3 %	[5,8-17,6]	2,1 %	[0,5-7,9]	8,3 %	[3,9-16,8]	7,2 %	[3,4-14,7]
Afrique subsaharienne n = 325	19,2 %	[15,0-24,3]	10,8 %	[7,7-14,9]	49,3 %	[44,3-54,2]	3,3 %	[1,5-7,3]	3,3 %	[1,6-6,8]	9,6 %	[6,4-14,2]	4,5 %	[2,5-8,1]
Asie n = 20	30,0 %	[14,3-52,3]	10,0 %	[2,4-33,1]	20,0 %	[8,5-40,3]	10,0 %	[2,4-33,1]	5,0 %	[0,7-29,0]	15,0 %	[5,1-36,7]	10,0 %	[2,4-33,1]
Amériques n = 81	34,6 %	[21,2-50,9]	7,4 %	[2,8-17,9]	30,9 %	[21,1-42,7]	8,6 %	[3,6-19,3]	0		13,6 %	[7,2-24,2]	4,9 %	[1,9-12,3]
Mode de transmission VIH														
UDI# n = 343	15,9 %	[12,2-20,4]	7,5 %	[5,1-11,0]	54,0 %	[48,3-59,7]	3,9 %	[2,1-7,1]	1,4 %	[0,6-3,3]	5,6 %	[3,4-9,0]	11,7 %	[8,6-15,7]
Rapports homosexuels n = 566	21,6 %	[17,3-26,6]	9,2 %	[7,1-11,8]	40,7 %	[36,8-44,6]	11,9 %	[9,1-15,5]	4,5 %	[2,9-6,9]	7,6 %	[5,2-11,0]	4,5 %	[2,8-7,2]
Rapports hétérosexuels n = 770	35,7 %	[31,2-40,6]	5,3 %	[3,9-7,2]	29,7 %	[25,8-33,8]	10,0 %	[7,4-13,3]	2,7 %	[1,6-4,3]	11,6 %	[8,1-16,3]	5,0 %	[3,6-7,1]
Autres n = 49	33,3 %	[21,6-47,5]	5,9 %	[1,9-16,6]	23,5 %	[13,6-37,5]	11,8 %	[5,5-23,4]	11,8 %	[3,9-30,8]	7,8 %	[2,9-19,5]	5,9 %	[1,9-16,6]
Inconnu n = 112	27,1 %	[18,3-38,0]	6,6 %	[3,3-12,5]	32,8 %	[25,5-40,9]	9,0 %	[5,3-14,9]	1,6 %	[0,4-6,3]	17,2 %	[10,1-27,7]	5,7 %	[2,9-11,1]

* Dom compris - # Usage de drogues en intra-veineux

Tableau 3

Caractéristiques de la population VIH+ : co-infection chronique VHB ou présence d'au moins un marqueur sérique VHC+, enquête nationale, France, 22 juin 2004

	Ag HBs+ ou ADN VHB+ n = 131		Ac anti-VHC+ ou ARN VHC+ n = 441	
	%	[IC 95 %]	%	[IC 95 %]
Sexe				
Hommes	82,0	[73,9-88,0]	67,8	[62,8-72,3]
Femmes	18,0	[12,0-26,1]	32,0	[27,5-36,9]
Inconnu			0,2	[0,0-1,5]
Âge				
< 40 ans	43,6	[35,3-52,3]	31,8	[26,6-37,5]
≥ 40 ans	56,4	[47,7-64,7]	67,8	[62,1-72,9]
Inconnu			0,4	[0,1-1,8]
Continent de naissance				
Europe*	60,9	[51,7-69,3]	78,1	[74,0-81,7]
Afrique du nord	1,5	[0,4-5,8]	7,3	[5,2-10,2]
Afrique subsaharienne	27,1	[19,2-36,7]	7,3	[4,9-10,8]
Amériques	4,5	[1,8-10,7]	0,7	[0,2-1,9]
Asie	1,5	[0,4-5,8]	0,4	[0,1-1,8]
Inconnu	4,5	[2,0-9,7]	6,2	[4,1-9,4]
Mode de transmission VIH				
UDI#	20,3	[13,3-29,7]	71,6	[66,2-76,5]
Rapports homosexuels	39,8	[29,8-50,9]	3,9	[2,4-6,3]
Rapports hétérosexuels	31,6	[23,9-40,4]	14,6	[11,4-18,6]
Autres	2,3	[0,7-6,7]	5,2	[3,2-8,3]
Inconnu	6,0	[3,0-11,6]	4,7	[2,8-7,8]
Consommation d'alcool				
Nulle	51,9	[43,2-60,5]	46,7	[41,7-51,7]
Sans excès	34,6	[26,8-43,4]	30,1	[25,1-35,7]
Excessive	4,5	[2,1-9,5]	10,1	[7,6-13,3]
Inconnue	9,0	[5,1-15,4]	13,1	[9,6-17,6]

* Dom compris - # Usage de drogues en intra-veineux

Tableau 4

Distribution des marqueurs sériques du VHC dans la population VIH+, enquête nationale, France, 22 juin 2004

	Ac anti-VHC+ ou ARN VHC+	Ac anti-VHC- ARN VHC-	Ac anti-VHC ? ARN VHC-	Inconnu
Prévalence [IC 95 %]				
n = 1 849	24,3 %	71,8 %	0,3 %	3,6 %
	[21,3-27,6]	[68,4-75,0]	[0,1-1,0]	[2,6-4,8]
Sexe				
Homme n = 1 261	24,2 %	71,4 %	0,3 %	4,1 %
	[20,8-27,9]	[67,7-74,9]	[0,1-1,4]	[2,9-5,7]
Femme n = 584	24,7 %	72,8 %	0,2 %	2,3 %
	[20,4-29,6]	[67,7-77,4]	[0,0-1,2]	[1,4-3,9]
Âge				
< 40 ans n = 716	20,2 %	76,4 %	0,4 %	3,0 %
	[15,8-25,4]	[71,2-81,0]	[0,1-1,7]	[2,0-4,4]
≥ 40 ans n = 1 119	27,1 %	68,8 %	0,2 %	3,9 %
	[24,1-30,3]	[65,2-72,1]	[0,0-0,7]	[2,7-5,7]
Continent de naissance				
Europe* n = 1 306	28,2 %	68,5 %	0,2 %	3,1 %
	[24,9-31,8]	[67,7-72,0]	[0,1-1,0]	[2,1-4,6]
Afrique du nord n = 97	35,1 %	60,8 %	1,0 %	3,1 %
	[25,3-46,2]	[49,9-70,8]	[0,1-7,3]	[1,0-8,8]
Afrique sub saharienne n = 325	10,2 %	85,3 %	0,3 %	4,2 %
	[7,2-14,4]	[80,2-89,2]	[0,0-2,2]	[2,3-7,5]
Asie n = 20	15,0 %	80,0 %	0	5,0 %
	[4,7-38,5]	[56,2-92,6]		[0,7-29,0]
Amériques n = 81	2,5 %	92,6 %	0	4,9 %
	[0,5-10,4]	[83,7-96,8]		[1,9-12,3]
Mode de transmission VIH				
UDI# n = 343	92,8 %	5,5 %	0	1,7 %
	[89,0-95,3]	[3,4-8,9]		[0,7-4,2]
Rapports homosexuels n = 566	3,1 %	91,9 %	0,5 %	4,5 %
	[2,0-4,7]	[89,0-94,0]	[0,1-3,6]	[2,9-6,9]
Rapports hétérosexuels n = 770	8,6 %	88,1 %	0,1 %	3,2 %
	[6,5-11,2]	[85,1-90,6]	[0,0-0,9]	[2,1-4,8]
Autres n = 49	47,1 %	47,0 %	0	5,9 %
	[32,2-62,5]	[33,5-61,0]		[2,0-16,3]
Inconnu n = 112	18,0 %	76,3 %	0,8 %	4,9 %
	[11,1-27,8]	[66,5-83,8]	[0,1-5,6]	[2,0-11,7]

* Dom compris - # Usage de drogues en intra-veineux

Le taux de vaccination de la population VIH+ contre l'hépatite B est très faible y compris dans les groupes de transmission (UDI et homosexuels) pour lesquels cette vaccination est fortement recommandée [3,6]. Cette donnée a pu être collectée de façon différente d'un service à l'autre à partir de la déclaration du patient lui-même ou de données plus objectives (vaccination documentée, immunogénicité vérifiée...). Bien que le dépistage des co-infections VIH-VHB ou VIH-VHC soit recommandé [3], le statut des patients vis-à-vis du VHB reste encore trop souvent indéterminé (19 %) et le résultat de l'ARN VHC manquant (10 %). La fluctuation des marqueurs sériques des hépatites au cours du temps ne peut être prise en compte dans une enquête transversale et doit inciter à la prudence quant à l'interprétation des résultats.

La prévalence estimée de l'hépatite chronique B dans la population VIH+ est élevée, proche de celle observée dans la cohorte européenne EuroSida (8,7 %) [7] et également comparable, pour la population née en Afrique subsaharienne (10,8 %), à celle observée dans ces pays (9 %) [8]. Elle est dix fois supérieure aux premières estimations obtenues lors d'une enquête récente dans la population des assurés sociaux (estimation pondérée : 0,68 % [0,44-1,05]) [9].

L'évaluation de la sévérité des formes chroniques d'hépatite B repose peu (un tiers des cas) sur des critères histologiques et les marqueurs sériques (ADN VHB, Ag Hbe) sont trop souvent inconnus. Or, plusieurs études ont montré un risque plus rapide de progression des lésions hépatiques chez les co-infectés VIH-VHB [10,11]. Cependant, le caractère transversal de l'enquête a pu influencer sur les résultats du bilan de gravité.

Si la majorité de la population co-infectée chronique VIH-VHB est traitée contre le VHB, ce traitement semble entrepris quand les antirétroviraux deviennent nécessaires, le choix des molécules tenant alors compte de la présence de l'Ag HBs.

La prévalence estimée de l'infection à VHC n'est pas très différente de celle estimée dans ANRS-Vespa (22 %) [5] et proche des résultats du Germivic (24,5 %) [12]. Elle est légèrement inférieure à la prévalence estimée en 2001 (28 %), dans l'enquête nationale [4]. Dans cette enquête, une biopsie hépatique était réalisée à 49 % des personnes virémiques pour le VHC. La prise en charge de ces personnes en 2004 s'est améliorée puisque près de 58 % d'entre elles ont bénéficié d'une évaluation d'activité et de fibrose hépatiques. Cependant, la comparaison entre ces enquêtes doit rester prudente car, si les populations d'étude sont les mêmes, les méthodologies d'échantillonnage sont différentes.

CONCLUSION

Cette enquête confirme l'importance des formes chroniques des hépatites B et C dans la population VIH+ en France. Les conclusions de la conférence européenne de consensus sur la prise en charge des co-infections VIH et virus des hépatites (mars 2005), devrait aider les cliniciens dans l'évaluation et la prise en charge des formes chroniques de ces hépatites.

Survie des patients atteints de sida diagnostiqués dans les hôpitaux parisiens : facteurs pronostiques et évolution, 1994-2001

Carine Couzigou^{1,2}, Roselyne Pinget¹, Yann Le Strat¹, Josianne Pillonel¹, Daniel Vittecoq², Caroline Semaille¹

¹ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice ² Hôpital Paul Brousse, Villejuif

INTRODUCTION

L'introduction des traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART) en 1996 a entraîné une diminution de l'incidence des pathologies opportunistes et un allongement de la survie des patients atteints de sida. Depuis leur introduction, aucune étude n'a permis d'étudier en France la survie d'une population importante de patients atteints de sida.

Les objectifs de cette étude, réalisée chez les adultes atteints de sida diagnostiqués à Paris, entre 1994 et 2001 [1] sont :

- identifier les facteurs pronostiques associés à la survie ;
- estimer le risque relatif (RR) de décès des sujets, en fonction des périodes de disponibilité des différents traitements antirétroviraux (ARV) entre le 1^{er} janvier 1994 et le 31 octobre 2002.

REMERCIEMENTS

Nous remercions vivement les référents de l'étude (dont la liste est disponible sur le site de l'Invs : <http://www.invs.sante.fr/>).

RÉFÉRENCES

- [1] Graham CS, Baden LR, Yu E, Mrus JM, Carnie J, Heeren T, Koziel MJ. Influence of human immunodeficiency virus infection on the course of hepatitis C virus infection: a meta-analysis. *Clin Infect Dis* 2001; 33(4):562-9.
- [2] Bonacini M, Louie S, Bzowej N, Wohl AR. Survival in patients with HIV infection and viral hepatitis B or C: a cohort study. *AIDS* 2004; 18(15):2039-45.
- [3] Delfraissy J.F. Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts, rapport 2004. Paris: Flammarion médecine-sciences, 2004. 264 p.
- [4] Salmon-Céron D, Gouëzel P, Delarocque-Astagneau E., Piroth L, Dellamonica P, Marcellin P, Pialoux G. Co-infection VIH-VHC à l'hôpital. Enquête nationale juin 2001. *Med Mal Infect*. 2003; 33:78-83.
- [5] Premiers résultats de l'enquête ANRS-VESPA auprès des personnes vivant avec le VIH/sida. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2005; 53:79-85.
- [6] Calendrier vaccinal 2004 : avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France. *BEH* 2004 ; 28-29 : 121-32. http://www.invs.sante.fr/beh/2004/28_29/beh_28_29_2004.pdf
- [7] Konopnicki D, Mocroft A, de Wit S, Antunes F, Ledergerber B, Katlama C, Zilmer K, Vella S, Kirk O, Lundgren JD; for the EuroSIDA Group. Hepatitis B and HIV: prevalence, AIDS progression, response to highly active antiretroviral therapy and increased mortality in the EuroSIDA cohort. *AIDS*. 2005 Apr 8; 19(6):593-601.
- [8] Rouet F, Chaix ML, Inwoley A, Msellati P, Viho I, Combe P, Leroy V, Dabis F, Rouzioux C; ANRS 1236 DITRAME-B&C Study Group. HBV and HCV prevalence and viraemia in HIV-positive and HIV-negative pregnant women in Abidjan, Cote d'Ivoire: the ANRS 1236 study. *J Med Virol*. 2004 Sep; 74(1):34-40.
- [9] Estimation des taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, 2003-2004. Analyse descriptive, janvier 2005 Institut de veille sanitaire. http://www.invs.sante.fr/publications/2005/analyse_descriptive_140_205/rapport_analyse_descriptive.pdf
- [10] Puoti M, Spinetti A, Ghezzi A, Donato F, Zaltron S, Putzolu V, Quiros-Roldan E, Zanini B, Casari S, Carosi G. Mortality for liver disease in patients with HIV infection: a cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2000 Jul 1; 24(3):211-7.
- [11] Lewden C, Salmon D, Morlat P, Bevilacqua S, Jouglu E, Bonnet F, Heripret L, Costagliola D, May T, Chene G; Mortality 2000 study group. Causes of death among human immunodeficiency virus (HIV)-infected adults in the era of potent antiretroviral therapy: emerging role of hepatitis and cancers, persistent role of AIDS. *Int J Epidemiol*. 2005; 34(1):121-30.
- [12] Rosenthal E, Poiree M, Pradier C, Perronne C, Salmon-Ceron D, Geffray L, Myers RP, Morlat P, Pialoux G, Pol S, Cacoub P; GERMIVIC Joint Study Group. Mortality due to hepatitis C-related liver disease in HIV-infected patients in France (Mortavic 2001 study): *AIDS* 2003; 17(12):1803-9.

MÉTHODE

L'étude concerne tous les cas de sida diagnostiqués chez les adultes (≥ 15 ans) dans 12 services hospitaliers parisiens entre le 1^{er} janvier 1994 et le 31 décembre 2001 et déclarés à l'Institut de veille sanitaire (InVS) jusqu'au 31 décembre 2002. Les 12 services hospitaliers parisiens ont été ceux ayant déclaré plus de 100 cas de sida entre 1994 et 2002.

Le statut vital des sujets a été déterminé au 31 octobre 2002 (date de point), soit dix mois après la dernière inclusion. Compte tenu de la sous-déclaration de ces décès à l'InVS, deux enquêtes successives, dans les 12 services hospitaliers participants puis auprès du répertoire national d'identification des personnes physiques ont été réalisées, afin de connaître le statut vital des sujets non déclarés décédés [1]. Au 31 octobre