



**Santé  
Réduction des Risques  
Usages de Drogues**

**SWAPS n° 26**



**Dossier VHC**

# **Les difficultés de prise en charge chez les patients usagers de drogues**

par **Laurent Cattan**

*L'épidémie d'hépatite C en France concerne pour un tiers des cas les patients usagers de drogues et dans l'avenir, 70% des contaminations concerneront ces patients, soit entre 10 et 13 contaminations par jour. S'il semble intéressant de comprendre pourquoi, les données de santé publique sont encore peu éloquentes à ce sujet. Aussi faut-il dans l'avenir rattraper rapidement le retard et, dans ce cas, s'intéresser aux spécificités de cette prise en charge et aux difficultés rencontrées tout au long du suivi chez les patients usagers de drogues.*

## **Les oubliés du dépistage...**

Proposer un dépistage du VHC aux patients usagers de drogues n'est pas si évident :

Le test a déjà été réalisé, mais on ne se souvient pas du résultat ; les conditions de dépistage (lors d'une incarcération, d'une hospitalisation pour un autre motif, dans le cadre d'un bilan systématique lors duquel était souvent dépisté conjointement le virus du VIH, imposant une hiérarchisation des gravités et des priorités au moment de l'annonce des résultats des tests) ne permettaient pas dans certains cas d'évaluer la maladie et de responsabiliser le patient vis-à-vis de l'infection.

Il faut donc savoir redépister et ne pas se contenter d'un résultat oral : notre expérience montre, en effet, qu'il existe quasiment autant de souvenirs de sérologies négatives qui se sont avérées positives que le contraire.

Sans résultats "sous les yeux", il faut reproposer un test Elisa et le confirmer par un second prélèvement.

C'est un moment-clé de la prise en charge car en interrogeant nos patients sur leurs pratiques, non seulement nous motiverons ce dépistage, mais aussi nous

les interrogerons sur la connaissance des risques "moins médiatisés" comme le partage du matériel d'injection, le sniff, l'échange de piercing...

Le moment du dépistage devient donc aussi celui de la prévention individuelle, tellement plus efficace...

Enfin, sur le plan technique, n'oublions la forte prévalence de coïnfection VIH-VHC dans cette population : un patient séropositif pour le VIH risque de présenter un faux test négatif du VHC, *a fortiori* lorsqu'un premier dépistage est intervenu avec les tests de première génération (1991-92). Il faut donc proposer d'emblée une PCR (polymerase chain reaction) qualitative dans ce cas.

La conjoncture scientifique et les avancées thérapeutiques permettent aussi de proposer un test Elisa avec un discours plus optimiste sur la future prise en charge en cas de test positif, ce qui change réellement le discours des plus réticents...

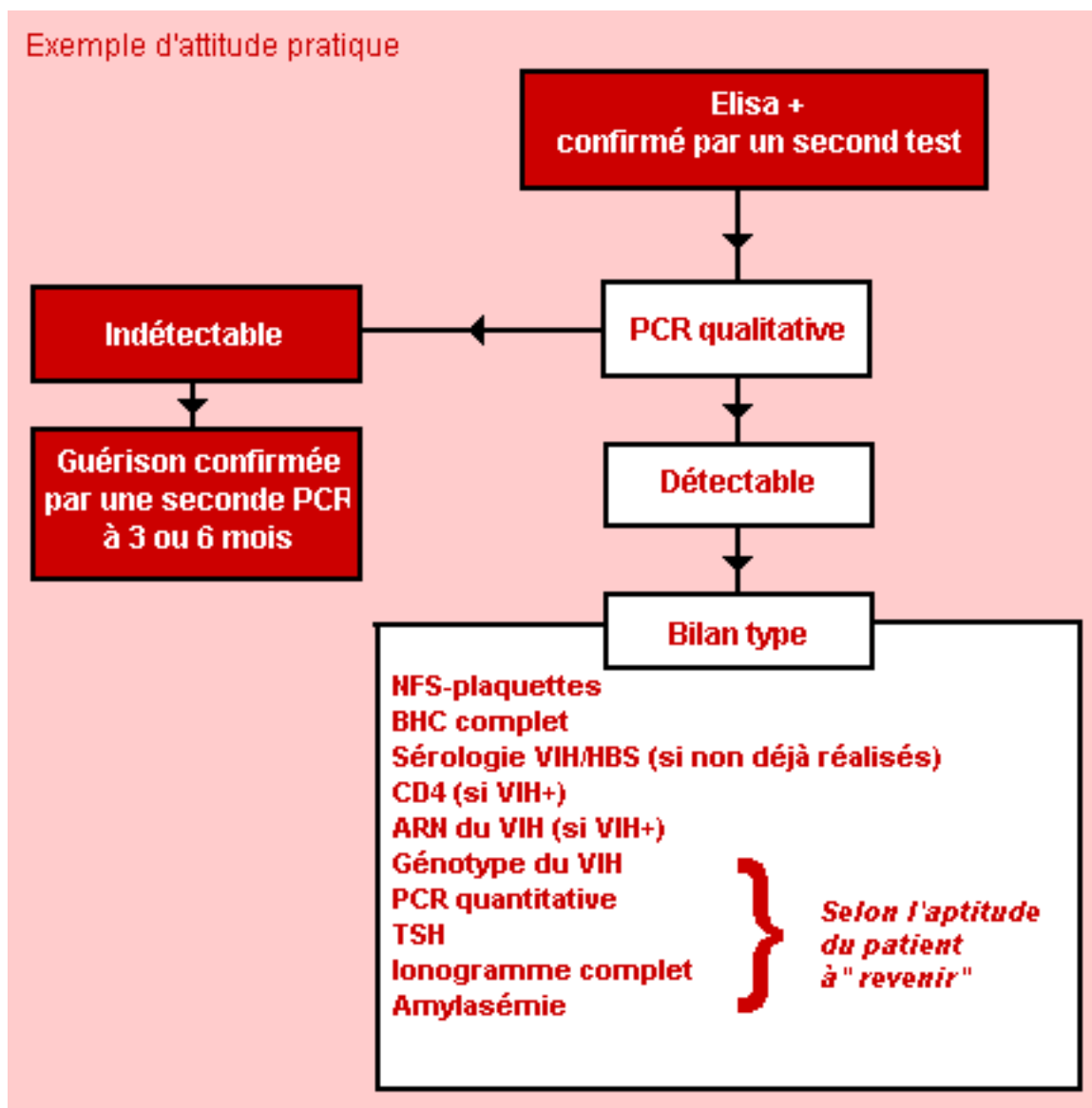
## **Le bilan**

Les bilans sont dorénavant bien codifiés et une simple PCR qualitative sans interprétation des transaminases permet de distinguer les infections chroniques et les patients guéris ayant une PCR spontanément négative (20%).

Mais chez l'usager de drogues, l'expérience montre que la diminution du capital veineux, les réticences à la répétition des examens et le mode de vie, imposent d'emblée un bilan plus exhaustif.

Ce bilan permettra dans le cas d'un patient virémique de parler rapidement des chances de succès du traitement ou de temporiser s'il ne sent pas prêt, ceci avec tous les éléments de réflexion à notre disposition.

Ainsi, nous pourrions, chez ces patients ayant une appréhension "historique" de l'hôpital, ne pas les orienter vers le spécialiste s'ils présentent une contre-indication temporaire au traitement comme les dysthyroïdies, une immunosuppression sévère ou autre, et ainsi réduire au maximum les consultations spécialisées.



## La ponction biopsie hépatique

Le moment-clé de la prise en charge imposant des interrogations multiples du côté du soignant et des inquiétudes "rapportées" du côté du patient.

En effet, suite à la dernière Conférence de consensus, les patients présentant un génotype 2 ou 3 pourraient, s'ils le désirent, être traités sans PBH, sauf qu'à ce jour le traitement n'a toujours pas reçu d'autorisation de mise sur le marché ! ... Alors il faudra faire encore avec pendant quelques mois (temps nécessaire pour que les caisses réagissent, mais c'est en cours...). On peut proposer une bithérapie sans biopsie aux patients ayant eu une PBH il y a plusieurs mois et n'ayant pas été traités à l'époque pour des raisons tenant plus aux a priori qu'aux données histo-biologiques...

Certains pensent que cet examen lorsqu'il est accepté est un "gage" de motivation et donc d'adhésion au suivi thérapeutique. D'autres avancent que c'est un frein réel à la prise en charge...

Personnellement, je pense que cet examen doit être proposé à tous les patients de manière objective en évaluant les appréhensions et les réticences et c'est seulement après qu'un traitement sans PBH peut être proposé.

Cet examen pourra parfois éviter un traitement trop lourd pour certains

(hépatites minimales chez des sujets fragilisés...), motiver des patients inquiets quant à l'intérêt d'un traitement ou encore permettre une prise de conscience sur une intoxication alcoolique...

En fait, certaines études tentent de montrer que, bien expliqué avec un discours rassurant quant aux résultats de la PBH, cet examen est ressenti comme moins effrayant. Il n'y a pas que la crainte de la douleur, mais la peur du résultat, la méconnaissance angoissante des modalités de l'examen, la fréquentation de l'hôpital, la peur qu'un traitement de substitution soit interrompu... C'est notre rôle que de rassurer, d'expliquer et d'accompagner. Il ne s'agit donc pas de convaincre mais d'éclairer.

## **Le traitement**

Les études récentes montrent une augmentation de la prévalence des génotypes 1 et 4 (considérés comme facteur de mauvaise réponse au traitement) dans la population des usagers de drogues, mais il reste encore beaucoup de patients présentant un génotype 3 (bons répondeurs) en France et pouvant guérir dans plus de 80% des cas.

La gestion des addictions est source d'interrogations, les recommandations sont encore strictes au sujet de l'alcool (3 à 5 verres par jour) mais notre expérience montre que le traitement du VHC peut à lui seul motiver ces patients à arrêter.

Il n'a pas été démontré d'augmentation abusive des dosages des différents traitements de substitution, sauf quand on confond le syndrome pseudo-grippal et un syndrome de manque et que l'on augmente les dosages de buprénorphine ou de méthadone à la place du paracétamol (distorsion cognitivo-comportementale).

L'utilisation de benzodiazépines en quantité importante non médicalement assistée présente un risque majeur sous traitement.

Chez les injecteurs, le danger relatif est lié aux risques infectieux lorsqu'une leuconéutropénie apparaît sous bithérapie\*. Il est aussi décrit une élévation des transaminases liée à l'injection pouvant faire évoquer abusivement un échec thérapeutique, mais comme pour l'alcool, nombre de patients ont abandonné cette pratique sous traitement du VHC.

La prévalence des troubles psychiatriques sévères sous traitement ne semble pas différente entre une population toxicomane et une population non toxicomane, mais il existe une augmentation des syndromes anxieux, d'irritabilité et de dépressions modérées.

Certains psychiatres pensent que l'association de l'asthénie (constante sous traitement), de l'amaigrissement (faisant évoquer le VIH ou la période de consommation), la perte de cheveux (cancer, chimiothérapie...) et une diminution de la qualité de vie majoreraient l'état anxio-dépressif de ces patients étiquetés "dépressifs iatrogènes majeurs"...

La mise en place d'un traitement antidépresseur (Deroxat®) dès l'apparition de signes d'alarme comme l'insomnie, l'irritabilité, une démotivation socio-familiale, permet de poursuivre un traitement avec plus de facilités. Enfin, nous remarquons qu'une diminution précoce des transaminases, une PCR diminuant d'au moins 2 log ou, encore mieux, indétectable à 1 ou 2 mois

(signe de réponse virologique durable hautement probable), permettent souvent de lever des symptômes dépressifs.

Les difficultés peuvent survenir au moment de l'indication thérapeutique, en particulier le cas, fréquent chez ces patients, de la coinfection VIH-VHC.

## Conclusion

L'expérience malheureuse du VIH a mis en avant que les patients usagers de drogues, une fois dans le système de soins, présentent des attitudes rassurantes vis-à-vis de l'adhésion au traitement et au suivi. Le modèle de l'hépatite C est comparable et il est urgent dans notre pays que tous les patients virémiques puissent bénéficier d'une prise en charge.

Le concept "empirique" du patient devant être remarquablement stabilisé avant d'avoir le droit de se soigner, voire de guérir, d'une maladie potentiellement mortelle, semble enfin dépassé.

Un patient volontaire et éclairé, grâce à un projet de vie, pourra bénéficier d'une prise en charge efficace si le soignant s'interroge et anticipe les difficultés spécifiques de ce suivi.

## Comment faire le diagnostic de fibrose hépatique ?

**Le diagnostic du stade fibrose repose classiquement sur l'examen anatomo-pathologique d'un fragment hépatique recueilli par ponction biopsie hépatique (PBH). La PBH, bien qu'étant l'examen de référence, a plusieurs inconvénients : inconfort, morbidité, mortalité, coût, faux négatifs, et inadaptation au dépistage et au suivi. Pour toutes ces raisons, la décennie écoulée a vu la prolifération de moyens non-invasifs de diagnostic de la fibrose (dont le plus médiatique est l'actuel Fibrotest<sup>®</sup>, NDR). On distingue différents moyens: cliniques, biologiques et par imagerie (écho-Doppler et endoscopie). Parmi les examens biologiques, on dispose essentiellement de tests, ou marqueurs sanguins qui se distinguent en deux catégories : les marqueurs directs car correspondant au dosage d'une molécule ou de son métabolite directement impliqué dans la structure de la fibrose hépatique. Les marqueurs les plus évalués sont: propeptide du procollagène III, propeptide du collagène IV, fragment 7S du collagène IV, acide hyaluronique, et laminine. Les marqueurs indirects correspondent à des molécules (ou tests biologiques) non partie intégrante de la matrice extra-cellulaire. On y trouve, par exemple, les plaquettes ou le taux de prothrombine. Jusqu'à présent, la plupart des études ont évalué la performance diagnostique de ces marqueurs pour la cirrhose (stade F4 de Métavir) ou la fibrose sévère (stades F3 et F4).**

**Extrait de: "Vers un diagnostic de la fibrose hépatique", Paul Calès, Transcriptase n°98 (janvier 2002)**

---

\* interféron+ribavirine, prescrite contre le VHC