

Complément à l'avis du SERTIH « Recommandations concernant l'évaluation et le suivi des soignants infectés par le VHC » – Traitements antiviraux à action directe

Juin 2016

Ces recommandations sont un complément de l'avis « Recommandations concernant l'évaluation et le suivi des soignants infectés par le VHC » publié en mai 2014 par le Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH).

Ce complément précise les recommandations à suivre dans le cas où un soignant évalué par le SERTIH serait traité avec la nouvelle classe de médicaments pour le virus de l'hépatite C, soit les traitements antiviraux à action directe (AAD).

En 2014, le SERTIH recommandait « que seuls les soignants guéris (avec ou sans traitement), i. e. non virémiques (ARN viral négatif), puissent pratiquer des actes à risque de transmission ». Ce complément positionne l'arrivée de nouveaux traitements AAD, qui viennent moduler cette recommandation en permettant, sous certaines conditions, la pratique d'actes à risque de transmission lorsqu'un soignant est sous traitement AAD.

La pratique d'actes à risque de transmission

Pour tout soignant ayant une infection chronique par le virus de l'hépatite C

Le Comité scientifique SERTIH-VHC recommande que tout soignant infecté par le virus de l'hépatite C (VHC) cesse de pratiquer des actes à risque de transmission (ART) dès que le résultat de la sérologie anti-VHC est connu positif. Si l'infection par le VHC est uniquement documentée par un seul anti-VHC positif, le test de détection qualitatif de l'ARN du VHC est nécessaire pour établir s'il s'agit d'une infection antérieure guérie, d'un résultat de sérologie anti-VHC faussement positif ou si le soignant infecté est virémique.

Puisqu'il n'y a pas de guérison spontanée d'une infection chronique par le VHC, un soignant dont la virémie est confirmée et qui ne peut (ou ne veut) pas recevoir un traitement ne peut pratiquer des ART.

Pour les soignants infectés recevant un traitement sans interféron composé de médicaments antiviraux à action directe

Les traitements antiviraux à action directe (AAD) font partie d'un nouveau groupe de médicaments qui ciblent directement les virus, dont celui de l'hépatite C, afin de les empêcher de se répliquer. Le soignant qui reçoit un traitement sans interféron composé d'AAD doit cesser la pratique d'ART jusqu'au traitement, ainsi qu'en début de traitement.

Après 4 semaines de traitement

Dans le cas où le médecin traitant est persuadé de l'observance de son patient au traitement, le soignant peut recommencer la pratique d'ART si un prélèvement effectué quatre semaines après le début du traitement¹ révèle une charge virale non détectable avec l'utilisation d'une trousse de détection ultrasensible (seuil minimal de détection 15 UI/mL)². La reprise d'ART ne se fera que lorsque le résultat de ce prélèvement sera connu.

Le comité scientifique juge raisonnable cette reprise d'ART après quatre semaines de traitement pour les raisons suivantes :

- les effets secondaires rapportés avec ces médicaments sont mineurs;
- une mesure de charge virale indétectable prise à ce moment indique que la charge virale demeurera indétectable jusqu'à la fin du traitement, et ce, quelle que soit la durée de ce traitement (8, 12 ou 24 semaines)².

La reprise d'ART n'est pas recommandée si le soignant présente des effets secondaires importants au traitement pouvant compromettre les compétences du soignant dans sa pratique clinique. Cette situation se produit toutefois très rarement.

Par ailleurs, il est laissé au soignant et à son médecin traitant la décision de reprendre ou non la pratique d'ART pendant la durée du traitement. En effet, pour des raisons personnelles ou organisationnelles, un soignant peut ne pas désirer reprendre les ART durant son traitement. La mesure d'une charge virale, quatre semaines après le début du traitement, n'est à ce moment pas pertinente pour ce soignant.

Fin du traitement, période d'arrêt

Même s'il a pu pratiquer des ART durant son traitement, une fois le traitement complété, le soignant doit à nouveau cesser la pratique d'ART pour 12 semaines. Il pourra reprendre la pratique d'ART s'il obtient un résultat de charge virale non détectable avec l'utilisation d'une trousse de détection ultrasensible (seuil minimal de détection 15 UI/mL) sur un prélèvement effectué 12 semaines après la fin du traitement³. La reprise d'ART ne se fera que lorsque le résultat de ce prélèvement sera connu. La guérison devra quant à elle être confirmée 24 semaines après la fin du traitement.

Le comité scientifique SERTIH-VHC est conscient que plusieurs instances reconnaissent qu'une réponse soutenue à 12 semaines est synonyme de guérison. La question a été discutée au sein du comité scientifique. Dans le contexte particulier du SERTIH où un professionnel infecté a un risque potentiel de transmettre son infection à ses patients, une approche plus conservatrice a été retenue afin de s'assurer d'une guérison totale, sans charge virale détectable, avant de confirmer la guérison et d'autoriser le soignant à pratiquer des actes à risque sans suivi supplémentaire. Les experts ont jugé que cela justifie le fait que la recommandation diffère des recommandations provinciales en vigueur, en ajoutant ce contrôle supplémentaire à 24 semaines post-traitement. Cette recommandation s'inscrit donc dans un contexte de gestion du risque, et non de suivi clinique.

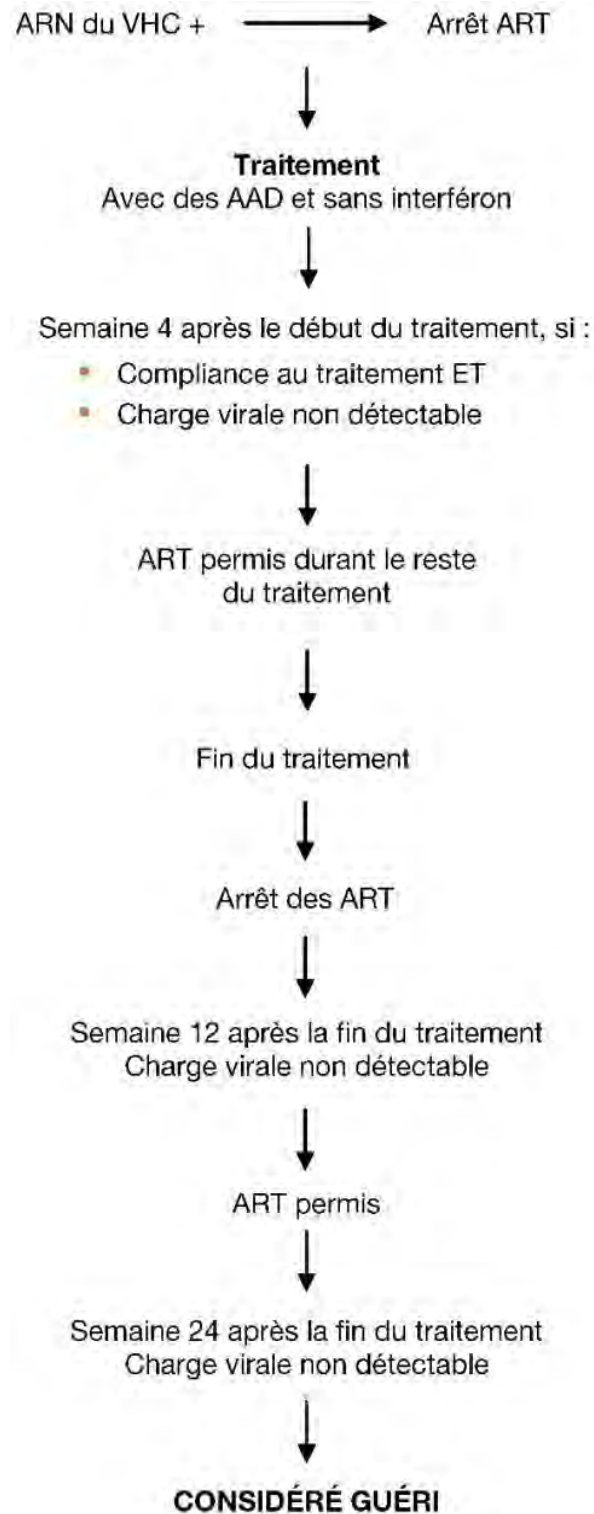
Un algorithme pour le traitement de l'hépatite C chronique (avec traitement AAD) est présenté à la figure 1. Pour connaître les recommandations liées à la pratique d'ART dans le cadre d'autres situations avec soignants infectés par le virus de l'hépatite C, veuillez vous référer à l'avis du SERTIH intitulé « Recommandations concernant l'évaluation et le suivi des soignants infectés par le VHC », publié en mai 2014.

¹ Actuellement, une mesure de charge virale est habituellement faite quatre semaines ou plus après le début du traitement. Le résultat de cette charge virale n'influence cependant pas la durée du traitement. Néanmoins, le comité scientifique juge que cette mesure de charge virale prise quatre semaines après le début du traitement serait justifiée pour un soignant infecté qui désirerait reprendre la pratique d'ART durant le traitement.

² Plusieurs études démontrent actuellement que lorsque le virus est indétectable quatre semaines après le début d'un traitement avec un AAD, le risque que la charge virale augmente durant le traitement est très faible (Afdhal et collab. (2014), Zeuzem et collab. (2015), Zeuzem et collab. (2014), Feld et collab. (2014)).

³ Selon Poordad et collab. (2015), il y a une corrélation directe entre une RVS à 12 semaines et celle qui sera retrouvée 24 semaines après la fin d'un traitement avec des AAD.

Figure 1 **Algorithme concernant l'évolution clinique et la pratique d'ART pour l'hépatite C chronique (traitement avec des AAD et sans interféron)**



Références

Afdhal N, Zeuzem, S et collab. (2014). *Ledipasvir and Sofosbuvir for untreated HCV Genotype 1 Infection* N Engl J Med 2014;370:1889-98.

Comité scientifique SERTIH-VHC (2014). Recommandations concernant l'évaluation et le suivi des soignants infectés par le VHC. INSPQ. Mai 2014.

Poordad F, Agarwal, K, Younes Z et collab. (2015). *Low relapse rate leads to high concordance of sustained virologic response (SVR) at 12 weeks with SVR at 24 weeks after treatment with ABR-450/Ritonavir, Ombitasvir and Dasabuvir plus Ribavirin in subjects with chronic hepatitis C virus genotype 1 infection in the AVIATOR study.* Clin Infect Dis 2015; 60(4) : 608-10.

Zeuzem S, Ghalib, R et collab. (2015). *Grazoprevir-Elbasvir Combination Therapy for Treatment-Naive Cirrhotic and Noncirrhotic Patients With Chronic Hepatitis C Virus Genotype 1, 4, or 6 Infection* Ann Intern Med. 2015; 163:1 -13.

Zeuzem S, Dusheiko, GM et collab. (2014). *Sofosbuvir and Ribavirin in HCV Genotypes 2 and 3.* N Engl J Med 2014;370:1993-2001.

Feld JJ, Kowdley KV et collab. (2014). *Treatment of HCV with ABT-450/r-Ombitasvir and Dasabuvir with Ribavirin* (2014) NEJM 370: 1594-1603.

Complément à l'avis du SERTIH « Recommandations concernant l'évaluation et le suivi des soignants infectés par le VHC » – Traitements antiviraux à action directe

AUTEURS

Comité scientifique SERTIH-VHC :

Claire Béliveau, microbiologiste-infectiologue
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Richard Lalonde, interniste
Centre universitaire de santé McGill - Hôpital Royal Victoria
Isabel Quintin, interniste
Hôtel-Dieu d'Arthabaska
Claire Fournier, interniste
Hôpital Saint-Luc du Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Richard Côté, médecin-conseil
Institut national de santé publique du Québec

RÉDACTEURS

Michèle Tremblay, médecin-évaluateur du SERTIH
Maggy Wassef, conseillère scientifique du SERTIH
Annick Trudelle, conseillère scientifique du SERTIH
Direction des risques biologiques et de la santé au travail,
Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Anne Kimpton, chef d'unité scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail,
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Marie-Cécile Gladel, agente administrative
Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec (2017)

N° de publication : 2261