

# FAUT-IL TRAITER LES PATIENTS PSYCHIATRIQUES POUR LEUR HÉPATITE C ?

LANG J-Ph ( CH Erstein)

Pole référence VHC Alsace

6eme Congrès de l'ANPSSSM

15 mars 2008



# Hépatite C: Rappels

- Maladie virale transmissible  
Situations et conduites à risques
- Touchant 0,9 % de la population générale
- Curable dans 50 % des cas globalement.
- D'évolution variable :
  - Age, sexe, génotype, histologie, co-infection.
  - Existence et observance d'un traitement + règles des 3x80 %, importance des 3 premiers mois troubles psychiatriques/observance
  - Conduites addictives associées : alcool++ cannabis ,tabac ( ? ), TSO ( RAS)



# Hépatite C : Effets Psy !

- Le VHC appartient à une famille de virus hépatotropes mais aussi neurotropes
  - plus qu'un simple réservoir ( effet direct ), le SNC est aussi le lieu d'une réplication virale active, donc d'une activité infectieuse probable (rôle des monocytes/macrophages, cytokines?)
- Des mécanismes auto-immuns pourraient également être impliqués (cryoglobulinémies compliquées de vascularites cérébrales par dépôt de complexes immuns)
- L'impact psychologique de la déclaration de la maladie peut aussi être considérable (5)



# Hépatite C: Etat des lieux ?

- 3000 décès par an ( cirrhose , cancer..)
- 5000 nouvelles contaminations par an
- Que 50 % des patients traités
- Que 10 000 patients traités par an pour 5000 guérisons
- Peu de nouveaux patients naïfs traités
- Première cause de décès chez patients VIH+: 30-40 % des patients traités !



# Y a t-il des patients difficiles ?

- Comorbidités psychiatriques addictives très fréquentes chez les VHC+ et encore plus chez co-infectés VIH-VHC ( 1,2 )
- Ces comorbidités sont les causes principales:
  - De non initiation de TTT antiviral
  - De mauvaise observance thérapeutique et d'arrêt prématurés de TTT

Patients difficiles ou prise en charge proposée insuffisante ?

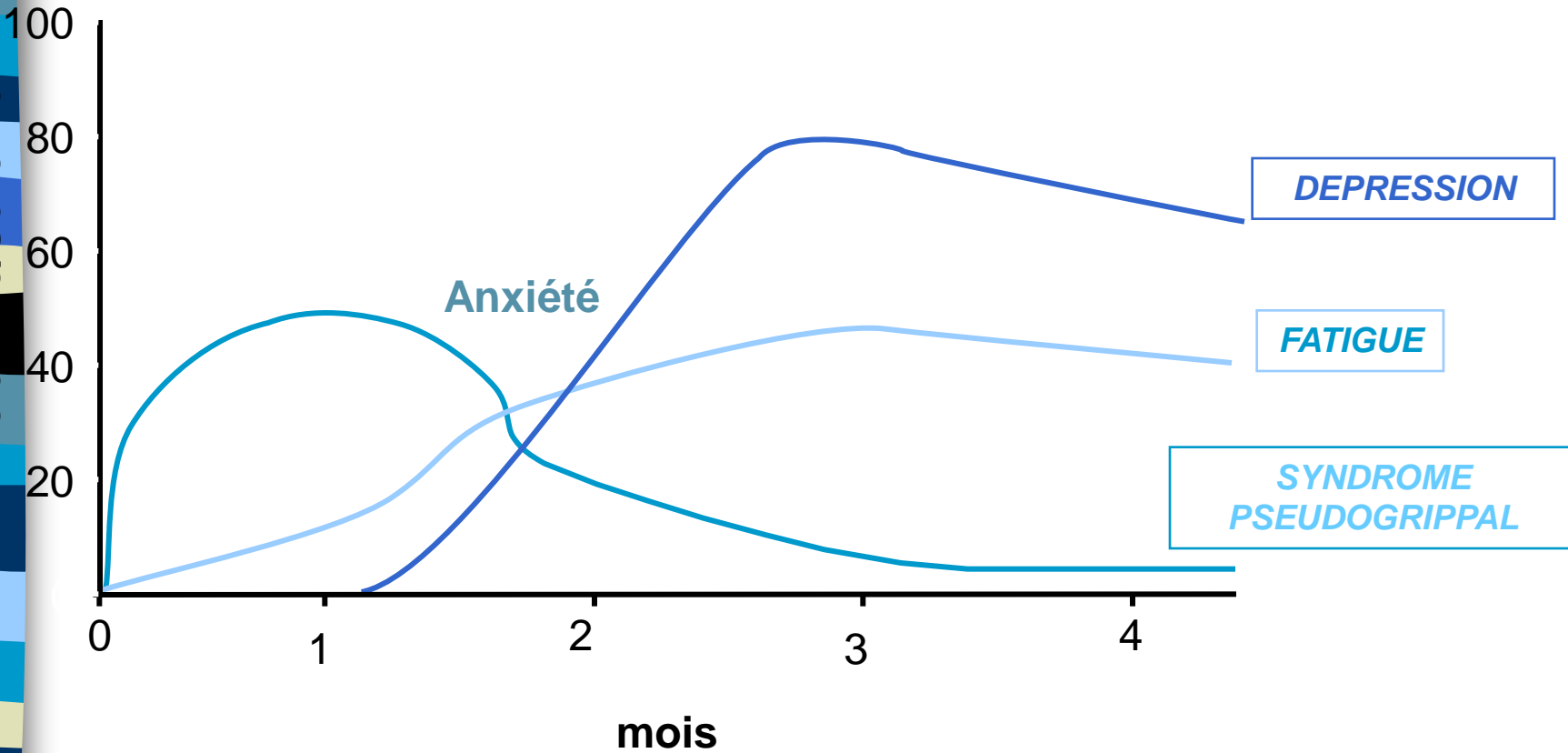


# Contres-indications au TTT AV ?

- Interféron pegylé ( SC) et ribavirine
  - Que des précaution d'emploi pour les effets sur le SNC et troubles psychiatriques:  
Si il existe des troubles psychiatriques, il doit être initié après un diagnostic spécialisé et se réaliser à l'aide d'un suivi de l'état psychiatrique
- Pas de contre indication psychiatrique pour l'interféron alpha !

# EFFETS II PSY DU TTT AV ?

Incidence/Sévérité



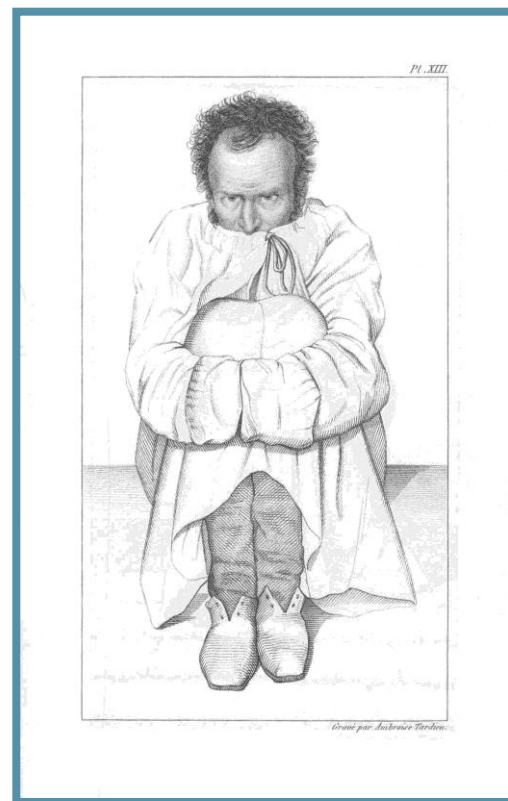
# Hépatite C : un traitement risqué ?

Effet indésirable liées au ttt	Proportion de Patients (%)
Fatigue physique	86
Irritabilité	74
Dépression	70
Fatigue psychique	70
Douleurs Abdominales	68
Troubles de la mémoire	65
Troubles du sommeil	65
Douleurs articulaires	64
Troubles de la concentration	62
Douleurs généralisées	57
Céphalées	56
Douleurs musculaires	54
Nausées	52



# Quelle clinique sous INF ?

- Asthénie anxieuse
- Instabilité psychique
- Labilité émotionnelle
- Irritabilité, Impulsivité
- Troubles du sommeil
- Troubles de l'humeur (EDM, Manie)



⇒ **Pour quel diagnostic ?**

⇒ **Par quel mécanisme ?**



# Effets II psychiatriques ?

- Que de la dépression ?
  - Impulsivité, irritabilité, trouble du comportement, labilité émotionnelle..
- Lien avec les troubles bipolaires ?
  - Que pendant le traitement ?
    - Sont ils ingérables ?



# VHC et Psychiatrie

- Une prévalence élevée de troubles psychiatriques chez les sujets atteints d'hépatite C
  - Avant traitement, sous et après traitement (anxiété, dépression, hypomanie, manie...)
  - Altération de la qualité de vie dès le début de la maladie lié au virus et à la connaissance de la séropositivité



# Psychiatrie et VHC

- Une prévalence accrue de l'hépatite C dans les populations psychiatriques

( 3 )

une prévalence autour de 6-7% dans les populations institutionnalisées

La psychiatrie est fortement concernée par cette problématique !



# Observatoire CHEOBS ( France)

- 40 % antécédents psy importants (hosp,TDS..)
- 22% de troubles psy au départ (sous évaluation ?)
- Que 60 % de ces 22 % vu par un psychiatre avant le début du TTT
- 4 groupes: Dépression, troubles anxieux, troubles bipolaires et schizophrénie
- SF 36 : le facteur psy est le plus impliqué dans l'altération de la qualité de vie



# Patient psychiatrique-TTT AV ?

Les patients psychiatriques dans le cadre d'une prise en charge organisée et informée ont :

Une RVP identique à celle de la pop.G

Une observance identique à celle de la pop G.

Pas plus d'arrêts prématurés que la pop G

Amélioration de leur qualité de vie à l'issue du traitement antiviral

Pourrait avoir une meilleure tolérance des troubles psy

Pourquoi ne pas traiter ?

L



## Effets II psy ?

- Pas de raison de stopper un ttt AV pour des troubles psychiatriques qui sont tout à fait susceptibles d'être traités
- Ce d'autant plus que le TTT AV est un ttt retard...!



# Quelles recommandations ?

- La conférence de consensus de 2002 soulève la problématique des troubles psychiatriques et des addictions qui pourraient être les premières causes de non initiation d'un traitement, de mauvaise observance et de rupture thérapeutique ...  
... Mais elle conclue ... Que les « malades psychiatriques » ne doivent bénéficier d'un traitement que de façon exceptionnelle et que l'abstinence de l'usage de certaines substances est recommandée...





# Quelles recommandations ?

- Abstinence alcool
- réflexion tabac
- rien sur cannabis
- TTT possible chez usagers de drogue mais..
- TTT exceptionnel chez malades psychiatriques
- Que dépression,
- TTT AD préventif !



# Recommandations internationales

-Conférence de consensus Canada 2004

Psy, abus de stupéfiants et alcool exclus

-Conférence de consensus européenne VHB et VHC chez VIH + de 2005

Elargir indication migrant, tox, psy, précaire..

Suivi psychiatrique ,dépression, IRS..

-Conférence de consensus National Institute of Health 2002 et 2006

Faible éligibilité des « psy » et « tox »

-American gastroenterological Association 2006

TTT possible dans un cadre de soins adapté !



# Quelles réflexions en France ?

- Le Plan National de lutte contre les Hépatites 2003 -2005 proposait
  - De multiplier et d'élargir les indications thérapeutiques
  - De favoriser l'observance et l'accès aux soins
  - De limiter les ruptures de traitements abusives

La psychiatrie est directement concernée !



# Quelles réflexions en France ?

- Création d'un Comité National de Lutte contre les hépatites B et C qui initie de nouvelles orientations concernant la prise en charge et les indications de traitement depuis 2004
  - Cadre et parcours de soins psy
  - Etudes épidémiologiques en psy
- AFSSAPS: Mise au point thérapeutique



# Quelle organisation de soins?

- Enquête nationale ( C'psy):

25% des MS : psychiatre seul

14% psychiatre et psychologue

10% psychologue seul

39% des MS ont un psychiatre

51 % des MS : personne...!

Pas de différence: Hôpital-Libéral: secteur psy?



# Etat des lieux ?

- Près de 19% des patients n'ont pas de TTT optimal pour des raisons psychiatriques
- Forte attente des MS en terme de recommandations précises pour:
  - Indication de TTT
  - Guidelines de prise en charge thérapeutique et de parcours de soins
  - Collaboration psychiatrique



# Le traitement préventif ?

- Beaucoup de TTT AD préventifs prescrits par les MS sans évaluation des troubles bipolaires potentiellement associés et sans recommandations précises en ce qui concerne les indications, les modalités de prescription et de surveillance de ces TTT
- Chez qui et selon quels FR ?
- Quel TTT ? Quel AMM dans ce cadre ?
- Quel bilan préalable ?



# Et le VHB ?

- EPP dans un service de psychiatrie générale:

Dépistage VHC,VIH et immunisation VHB chez les patients schizophrènes hospitalisés ( 95 )  
VHC 40% dépistés ( 38 ) : 5 VHC + = 12% !  
VHB 44% évalués ( 42 ) : 50 % non immunisés !  
(IST, vaccin, sexualité des patients S. existe et n'est pas de tout repos...)





# Conclusions

- OUI ! Il faut traiter les patients psychiatriques pour leur hépatite C
- Mais aux conditions de se donner les moyens !
  - Recommandations consensuelles précises
  - Cadre de soin formalisé: Psychiatre coordinateur par pôle de référence ?
  - Bon usage des psychotropes: Afssaps
  - Implication et Formation des psychiatres: (Congrès CNPLF 2009 )
  - Démarches de recherche ( ANRS )



# Conclusions

- Ne pensez vous pas..

Que la psychiatrie à un rôle essentiel à jouer dans ce domaine et quelque chose à réécrire en s'y impliquant?

Qu'il serait déjà facile de dépister et de traiter les patients déjà suivis dans nos secteurs psychiatriques où tout est déjà en place pour que tout se passe bien?



# Bibliographie

- 1) Schaeffer et al. Adherence and Mental side effects during hepatitis C treatment interferon alpha and ribavirin in psychiatric risk group Hepatology 2003,37,443-551
- 2) Schaeffert et al. Hepatitis treatment in difficult to treat psychiatric patients with pegalyted interferon alpha and ribavirin: response and psychiatric side effects. Hepatology 2007, 46 991-998
- 3) Dinwiddie et al. Prevalence of HVC among psychiatric patients in the public sector. AMJP 2003,160,172-174



# Bibliographie

- 4) Castera et al. Manifestations psychiatriques au cours du traitement du VHC . Gastro-entérol.Clin Biol 2005 29 123-133
- 5) Castera et a. psychological impact of chronic hepatitis C; comparaison with other stressfull life events and chronic diseases. World J Gastroenterol.2006. Mar 14;12 ( 10):1545-50
- 6)Lang JPh Traitement du VHC chez les patients « difficiles »: Se donner les moyens ! Trancryptase 2008. 135. 9-11.