

HSH ET ENJEUX DE PRÉVENTION

- Arnaud BOURGUET, Gastro Entérologue
- Pierre Olivier LE CLANCHE, Responsable Régional HdF, AIDES

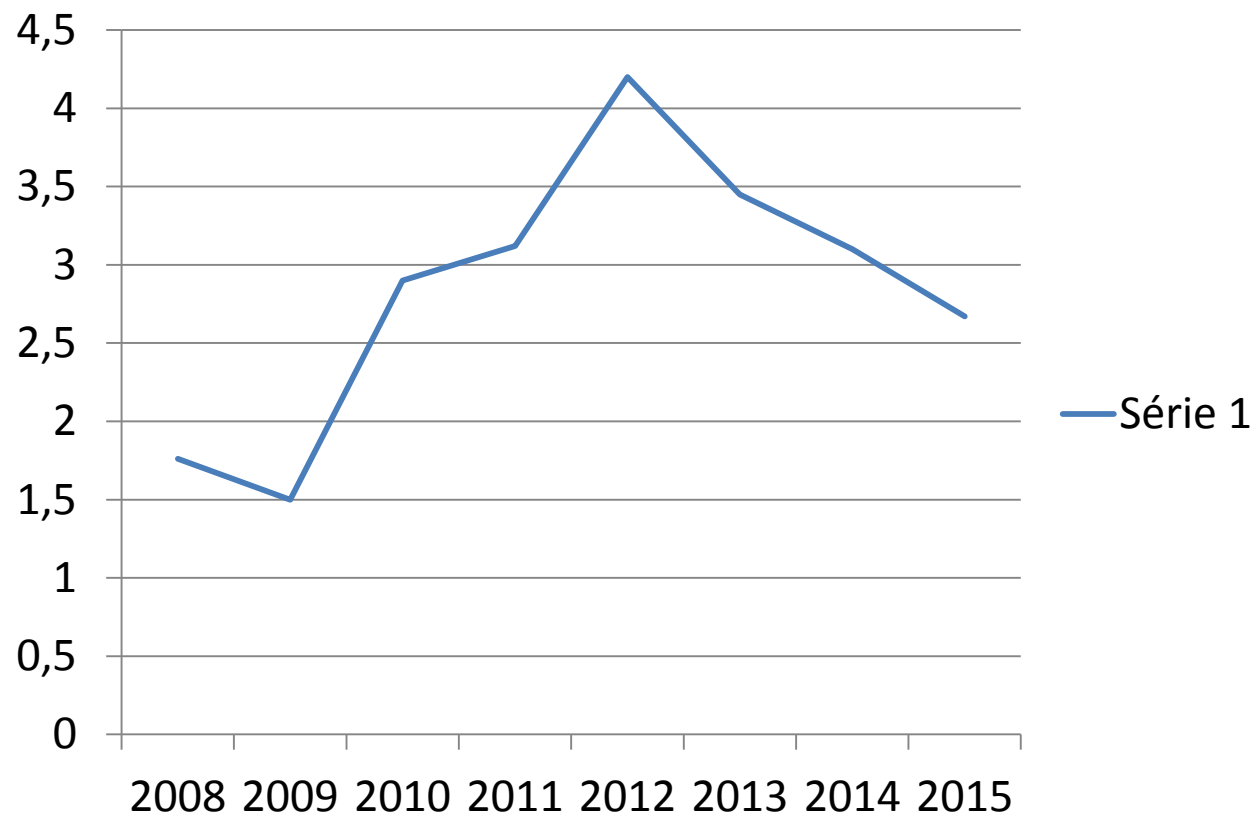
Les HSH au cœur de l'épidémie VIH

- ❖ Seul groupe pour lequel l'incidence qui ne diminue pas, voire qui augmente chez les plus jeunes
- ❖ Risque de contamination VIH X 200
- ❖ 43% des nouveaux diagnostics en 2015
- ❖ Environ 1 personne/2 qui s'infecte par le VIH en France est un HSH

POUR LES IST, LES HSH AUSSI LES PLUS TOUCHES!

- ❖ 80% DES CAS DE SYPHILIS EN 2015
- ❖ 65% DES CAS DE GONOCOCCIE EN 2015
- ❖ QUASI TOTALITE DES LGV RECTALES
- ❖ AUGMENTATION DES CO-INFECTIONS PAR LE VHC CHEZ LES HSH VIH+ SUIVIS

Evolution de la part des HSH VIH+ avec PCR VHC +



VHC HSH spécificités

Transmission sexuelle

Réinfections

Dynamique épidémique

Hépatite C à Montréal: explosion incidence VHC chez les HSH ?

D'après Trottier B et al., abstr. S16.01, actualisé

L'objectif de cette étude était d'évaluer les changements épidémiologiques du VHC à Montréal. Tous les patients suivis à la clinique médicale l'Actuel (le plus grand centre extra-hospitalier de traitement du VIH[?] et des hépatites à Montréal) ont été inclus dans cette étude rétrospective. Au total, 1 984 patients infectés par une hépatite virale (A, B, C, D ou E) ont été inclus dans la cohorte HEPVIRAC (dont 84 % - 1 662 infectés par le VHC).

Caractéristiques des patients – facteurs de risque

	n = 1 662 (%)	Diagnostic de l'hépatite C ‡		p
		≤ 2007 (n = 863)	2008-2015 (n = 388)	
Sexe				
Homme	1 218 (73 %)	631 (73 %)	279 (72 %)	0,468
Femme	434 (26 %)	225 (26 %)	108 (28 %)	
Transgenre	9 (< 1 %)	7 (1 %)	1 (< 1 %)	
Âge depuis diagnostic hépatite C (années)	38 ± 11	35 ± 9	44 ± 11	< 0,001
Principal facteur de risque*				
UDI	1 250 (75 %)	720 (84 %)	233 (60 %)	< 0,001
Transmission sexuelle	117 (7 %)	40 (5 %)	71 (18 %)	< 0,001
Endémique	62 (4 %)	17 (2 %)	24 (6 %)	< 0,001
Autre †	170 (10 %)	77 (9 %)	60 (16 %)	
Données manquantes	63 (4 %)			
Orientation sexuelle				
HSH	217 (14 %)	104 (12 %)	71 (18 %)	0,003
Hétéro/bisexuelle	1 380 (86 %)	746 (88 %)	317 (82 %)	
Co-infection VIH-VHC	429 (26 %)	244 (28 %)	68 (18 %)	< 0,001

† Autre = Tatoo, transfusion, utilisation de drogue non IV, accident

‡ Nous avons inclus les ré-infections ici.

* La variable a été considérée comme une "dummy variable" donc la valeur p est calculée pour comparer chaque catégorie à l'ensemble des autres catégories de risque.

Les déterminants de la transmission sexuelle de l'hépatite C

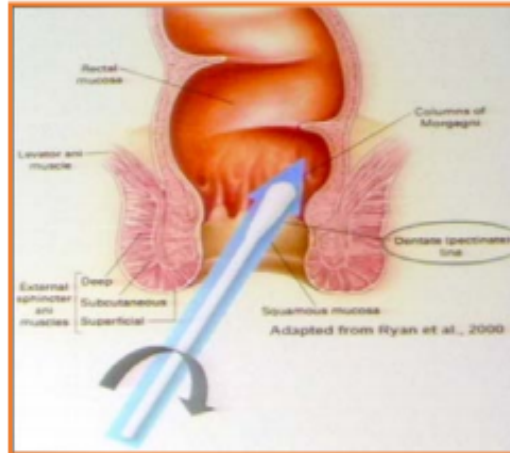
Variables indépendantes	RC simple (IC95)	RC ajusté (IC95)
Homme	1,65 (1,01 – 2,69) 	¥
Âge	1,04 (1,02 – 1,06) 	---
Co-infecté VIH-VHC	3,74 (2,54 – 5,50) 	---
VHC diagnostiqué > 2007	4,56 (3,03 – 6,86)	4,56 (3,03 – 6,86) 
HSH	19,89 (12,93 – 30,58)	17,29 (10,20 – 29,33) 

¥ Afin d'éviter la multi-colinéarité nous avons exclu cette variable des analyses multivariées.

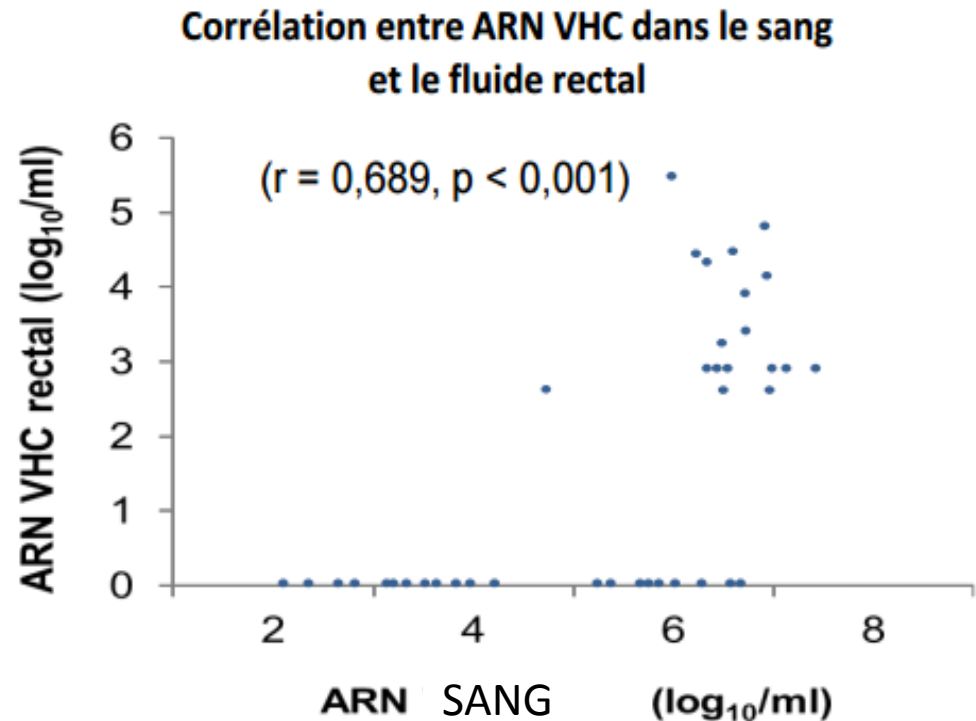
· D'après Trotter B et al., abstr. S16.01, actualisé

Explications de la transmission sexuelle du VHC chez les HSH

- Étude de 45 homosexuels masculins avec une infection VHC aiguë (n = 33) ou chronique (n = 12)
- Recueil du fluide rectal par écouvillonnage du canal anal



- ARN VHC détecté dans 47 % des prélèvements anaux
- ARN rectal médian 2,92 log₁₀ UI/ml
- ARN VHC détecté dans le fluide rectal quand ARN sérique > 5 log₁₀ UI/ml

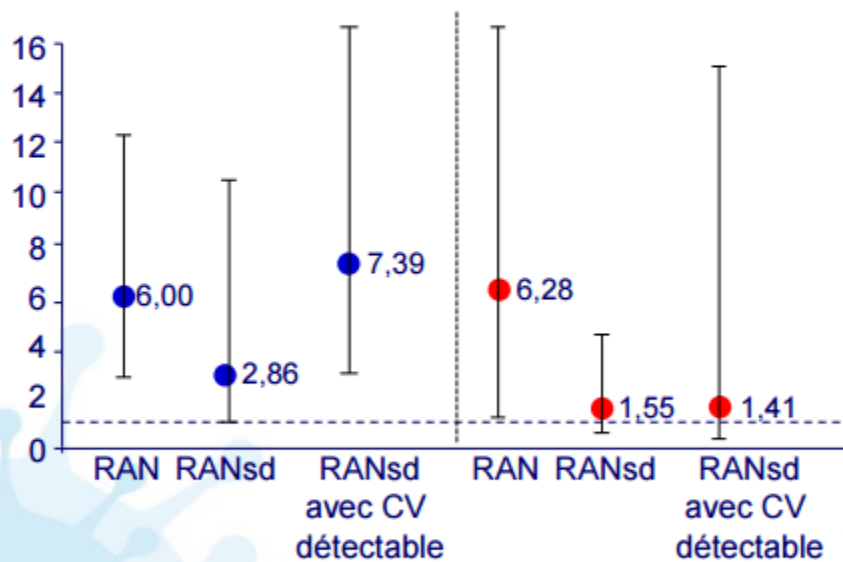


AASLD 2015 - D'après Foster AL et al., abstr. OP89, actualisé

Chemsex chez les HSH au Royaume-Uni

- Au cours de l'année écoulée : parmi les 292 HSH VIH sexuellement actifs :
77 % ont eu des RAN, 46 % des RANsd et 9,2 % des RANsd avec CV ≥ 50 c/ml
- Nombre moyen de partenaires dans l'année : 30,3 si chemsex vs 9,5

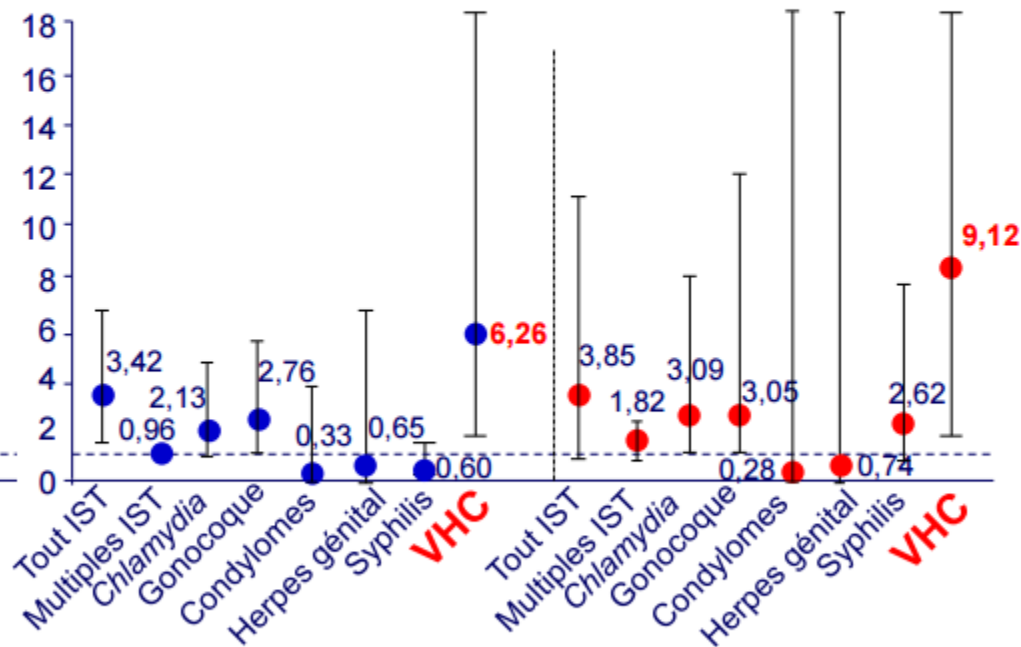
Association entre chemsex, slamsex et rapports non protégés **par le préservatif** (odds ratio ajusté)



Chemsex

Slamsex

Association entre chemsex, slamsex et diagnostic auto-déclaré des IST (odds ratio ajusté)



Chemsex

Slamsex

RAN : rapports anaux non protégés ; RANsd : rapports anaux non protégés séro-différents

Hepatitis C virus reinfection incidence and outcomes among HIV-positive MSM in Western Europe

Thomas Martin MD

On behalf of: Ingiliz P, Martin TCS, Rodger A, Stellbrink HJ, Mauss S, Boesecke C, Mandorfer M, Bottero J, Baumgarten A, Bhagani S, Lacombe K, Nelson M, Rockstroh JK and the NEAT study group

- Could affect cost/benefit of treatment with expensive DAAs
- Could demonstrate a need for additional education/prevention interventions

>>>Coinfectés VIH/VHC réinfection :

7,5 p/y et 25% à 5ans

Overall population

	Incident infection	1 st Reinfection
Number included	606	---
Number reinfected (%)	N/A	149 (24.6)
Median time (years) to reinfection (IQR)	N/A	1.8 (1.1-3.2)
Genotypes (%)	GT1: 376(70.5) GT2: 13(2.4) GT3: 46(8.6) GT4: 96 (18)	GT1: 104(73.2) GT2: 1(0.7) GT3: 12(8.5) GT4: 25(17.6)
Genotype switches (%)	N/A	71/136 (52.2)
Median age at reinfection (IQR)	39 (34-44)	41 (37-45)
Median HIV duration at infection (only data for patients that were reinfected) (IQR)	5 (2-11)	9 (6-14)
Median CD4 at reinfection		553 (412-760)
Proportion with suppressed HIV VL		91/111 (82.0%)
SC proportion	111/605 (18.3%) (failed treatment not in denominator)	21/135 (15.6%)

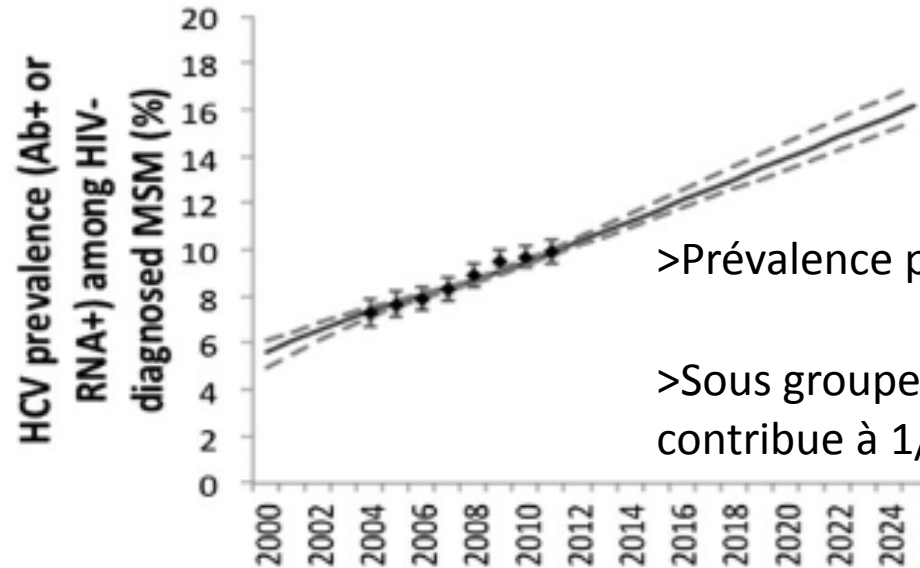
- From these 606, 149 people developed a reinfection at a median time of 1.8 years of follow up. That's 24.6% of people reinfected.
- Again the majority are genotype 1 and 4. 50% were infected with a different genotype or subtype.
- It appears HCV reinfection is mostly people in their late thirties and early forties with a long history of HIV. Most had a suppressed HIV VL.
- From the reinfections that had a reported outcome, the spontaneous clearance proportion was 15.6%.
- 113 of the reinfections received treatment achieving an SVR rate of 78% consistent with treatment of AHC.

Can Hepatitis C Virus (HCV) Direct-Acting Antiviral Treatment as Prevention Reverse the HCV Epidemic Among Men Who Have Sex With Men in the United Kingdom? Epidemiological and Modeling Insights

Natasha K. Martin,^{1,2,a} Alicia Thornton,^{3,a,b} Matthew Hickman,² Caroline Sabin,³ Mark Nelson,⁴ Graham S. Cooke,⁵ Thomas C. S. Martin,¹ Valerie Delpech,⁶ Murad Ruf,⁷ Huw Price,⁸ Yusef Azad,⁹ Emma C. Thomson,^{5,10} and Peter Vickerman²

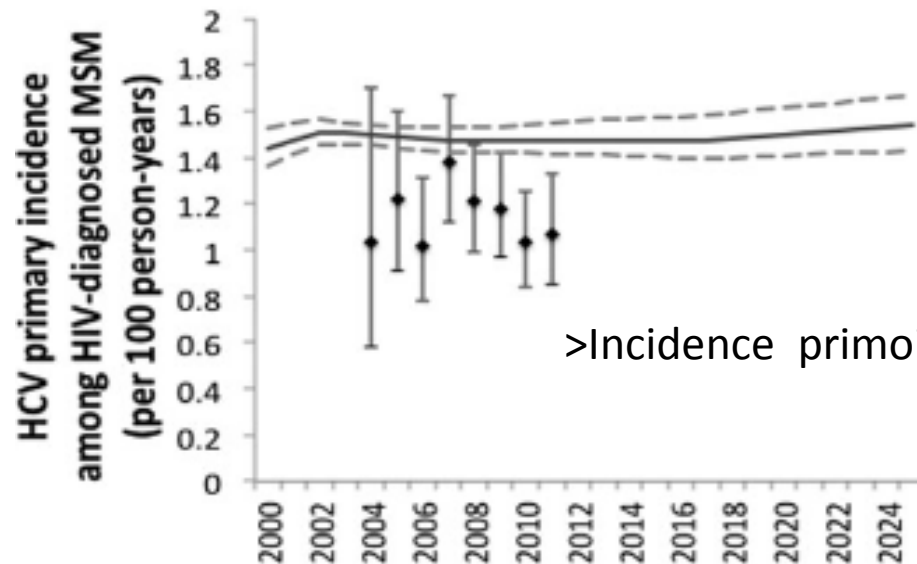
¹Division of Global Public Health, University of California San Diego; ²School of Social and Community Medicine, University of Bristol; ³University College London; ⁴Chelsea and Westminster Hospital; ⁵Imperial College; ⁶Public Health England, Colindale; ⁷Medical Affairs, Gilead Sciences Ltd, London; ⁸Mid Essex Hospital Services NHS Trust, Chelmsford; ⁹National AIDS Trust, London; and ¹⁰MRC University of Glasgow Centre for Virus Research, United Kingdom

Modélisation prévalence et incidence infection par VHC



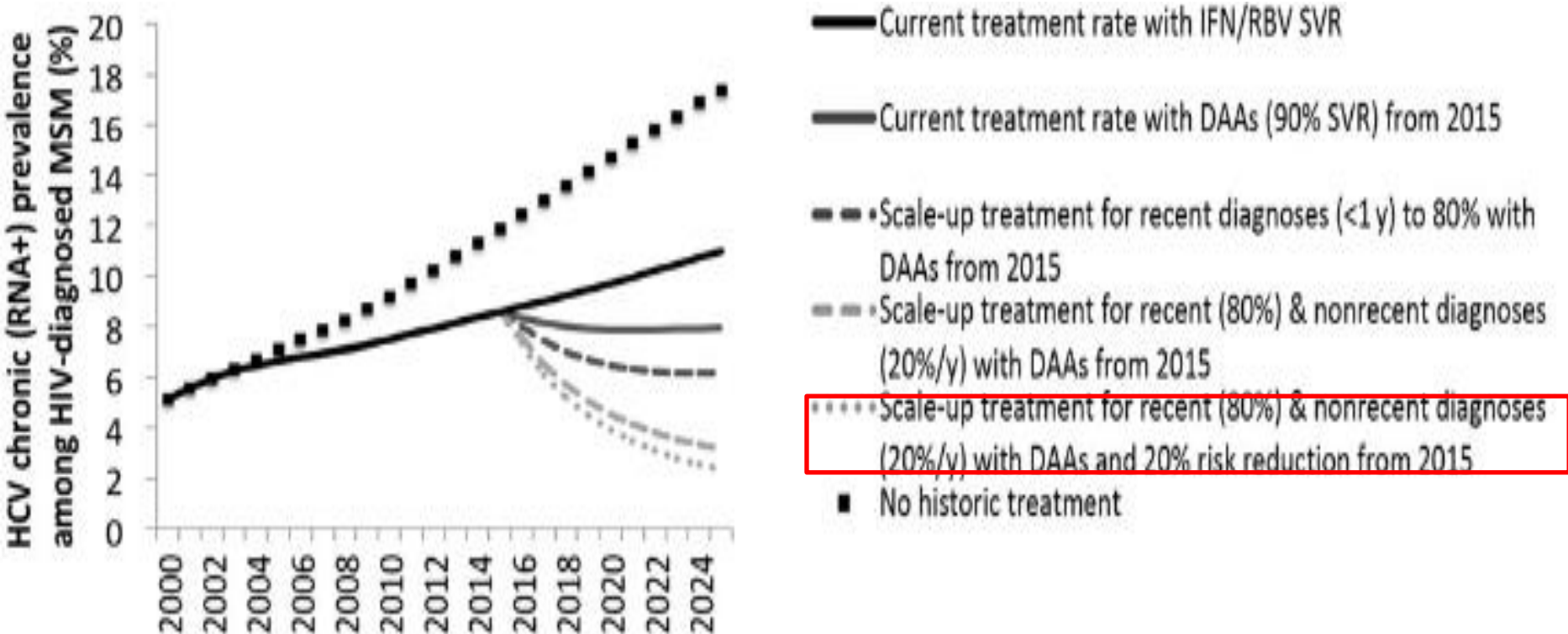
>Prévalence passe de 7,3% (2004) à 9,8% (2011)

>Sous groupe à **haut risque** (7% de la population) contribue à 1/3 nouvelles infections.



>Incidence primoinfection pour 100 p/y stable , 1,02 à 1,38

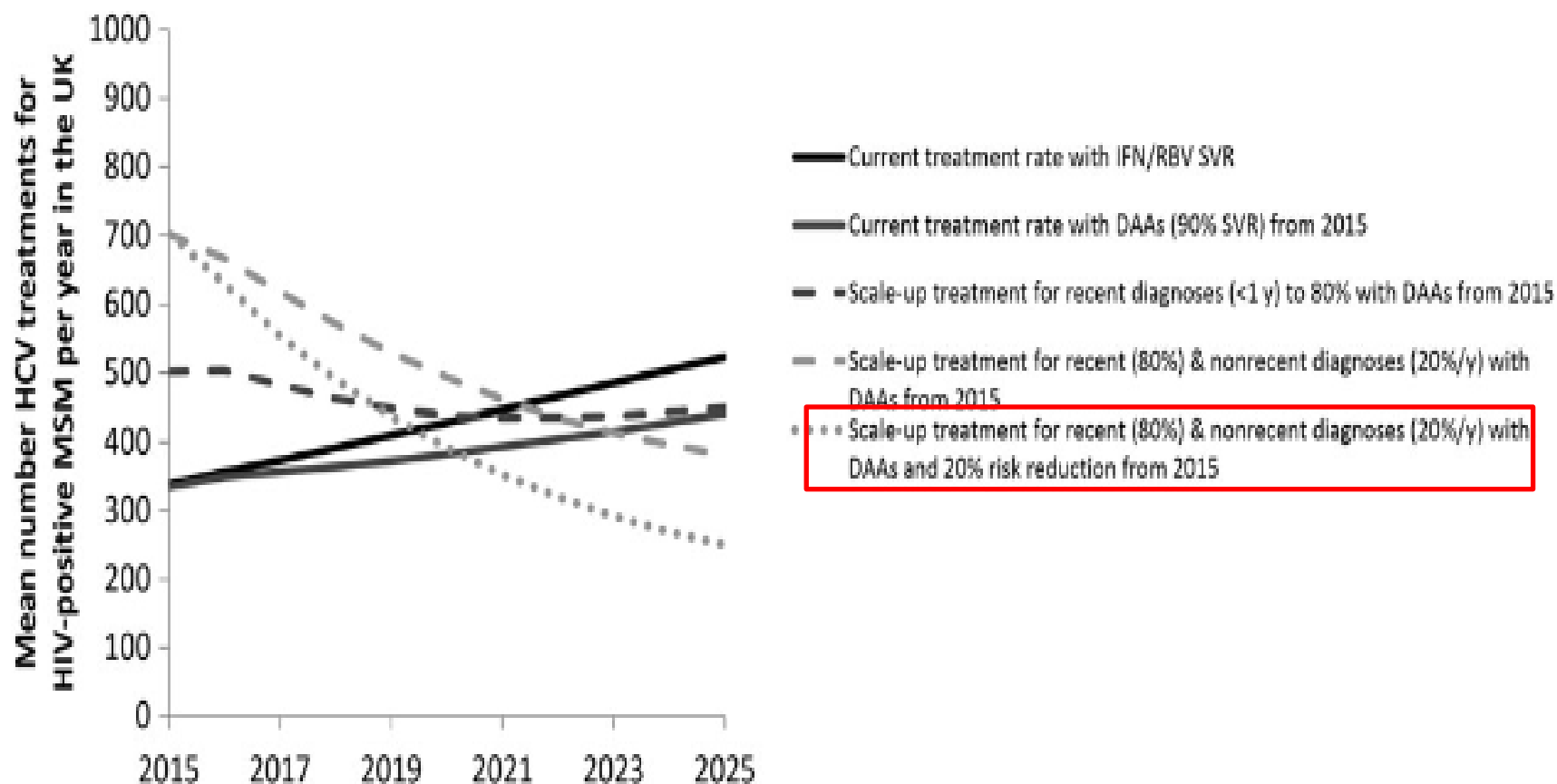
Projection modélisée de la prévalence selon niveau de traitement et dépistage



> HCV RNA incidence diminue de 1,2 à 0,4 % p/y (- 20%)

> HCV RNA prévalence baisse à 2,4% en 2024

Projection modélisée du nombre de traitements annuels



Spécificités HSH / VHC

Prévalence en augmentation : 7 vers 10% cohortes VIH+

Incidence réinfection élevée (HSH VIH + >>> UDI): 7,3 / 100 patients années

Forte association au ChemSex / Fist / sex en groupe.

Concerne HSH VIH positifs et certainement VIH négatif (baisse globale utilisation préservatif)

Importance du dépistage et prévention ciblée aux populations à risque

Comme dans le VIH rôle d'un TASP ? Prévention biomédicale ?

Fréquence élevée des formes aiguës : traiter immédiatement (?)

Possibilité de clairance virale spontanée (15 à 20%)