



2009

Impact de l'éducation thérapeutique chez les malades traités pour une hépatite C chronique

(1) C Renou, (2) P Lahmek, (3) A Pariente, (4) J Denis, (5) JF Cadranel, (6) Y Giraud (1), RM Régine (1), T Morin, (7) R Faroux, (8) B Nalet, (9) C Wartelle CH Hyères (1), CH Le-Raincy-Montfermeil (2), CH Pau (3), CH Sud Francilien (4), CH Creil (5), CH Tarbes (6), CH de la Roche sur Yon (7), CH Montélimar (8), CH Aix-en-Provence (9)

Le rôle de l'adhésion au traitement sur la réponse virologique soutenue (RVS) a été rapporté dans plusieurs études. Toutefois, l'efficacité de l'éducation thérapeutique n'est pas certaine et pourrait être corrélée à la durée du traitement antiviral. But : comparer 2 cohortes observationnelles prospectives de malades traités pour une hépatite C chronique : la première multicentrique sans programme éducatif associé (groupe 1), la seconde monocentrique avec éducation thérapeutique (groupe 2). Méthode : les malades naïfs des 2 cohortes étaient traités par l'association interféron pégylé-ribavirine (AMM). Les malades du groupe 2 bénéficiaient d'une évaluation psychologique pré-thérapeutique et d'un suivi mensuel par une infirmière d'éducation et un médecin spécialisé. L'impact de l'éducation thérapeutique était étudié à l'aide d'un modèle multivarié ajusté sur les facteurs de réponse thérapeutique connus (âge, sexe, génotype, charge virale, fibrose). Résultats : les 326 malades du groupe 1 étaient similaires aux 98 malades du groupe 2 ($p=NS$) pour l'âge, le sex-ratio, l'IMC, la consommation d'alcool, la répartition des génotypes (2, 3 vs 1, 4, 5), la charge virale, les lésions histologiques (F0F1F2 vs F3F4) et le taux de cirrhoses. Le taux de réponse virologique en fin de traitement était de 68,1% dans le groupe 1 et de 81,6% dans le groupe 2 ($p=0,009$) et le taux de RVS était de 53,3% vs 71,4% ($p=0,001$). Après stratification par génotype, le taux de RVS était supérieur dans le groupe 2 pour les génotypes 1, 4, 5 (41,3% vs 66,7%, $p=0,001$) alors qu'il était comparable dans les 2 groupes pour les génotypes 2, 3 (69,2% vs 78%, $p=0,268$). La différence des taux de rechute était à la limite de la significativité pour les génotypes 1, 4, 5 (25% vs 11,6%, $p=0,06$) et non significative pour les génotypes 2, 3. Le taux d'arrêt prématuré du traitement était de 29,9% dans le groupe 1 et de 17,8% dans le groupe 2 ($p=0,02$). Le taux d'arrêt pour effets indésirables était identique dans les 2 groupes (13% vs 12,2%, $p=NS$) alors que le taux d'arrêt pour inefficacité thérapeutique était supérieur dans le groupe 1 (16,9% vs 5,6%, $p=0,02$). En analyse multivariée, les facteurs associés à la RVS étaient l'âge inférieur à 40 ans ($p=0,02$; OR=1,9), le génotype 2 ou 3 ($p=0,004$; OR=2,2), une fibrose inférieure à 2 ($p=0,001$; OR=2,6) et l'éducation thérapeutique ($p=0,003$; OR=2,7). Conclusion : l'éducation thérapeutique est associée à une augmentation de la RVS des malades porteurs d'un génotype 1, 4, ou 5 (et non d'un génotype 2 ou 3). Un défaut non reconnu de l'observance pourrait expliquer un taux plus élevé d'arrêt prématuré de traitement pour non réponse virologique chez les malades non éduqués.

[Fermer la fenêtre](#)