

**Catherine Nizou  
Philippe Sogni**

**Cas clinique 1  
GHIF 2010**

# Cas clinique n°1

---

1. Homme de 52 ans, né en Turquie et en France depuis 5 ans
2. Bilan pour un prêt immobilier :
  - AgHBs +, Ac antiHBs –, Ac antiHBc +
  - Ac antiVHC – et Ac antiVIH –
  - Bilan hépatique : ASAT 1,5 x N, ALAT 1,8 x N, gGT 3 x N, phosphates alc. N, bilirubine totale 25 µmol/l et conjuguée 5 µmol/l
  - Ionogramme sanguin normal, glycémie 0,98 g/l
  - Cholestérol total 2,64 g/l, triglycérides normaux
  - Poids 89 kg / taille 1,72 m

# Q1 : que faites-vous ?

---

1. Je lui fais un certificat pour qu'il obtienne son prêt
2. Je complète le bilan virologique,... et je le revois dans 3 mois avec un nouveau bilan
3. Je lui fais des tests non-invasifs de fibrose
4. Je lui fais une PBH
5. Je lui propose un traitement
6. Je dépiste (et vaccine) l'entourage

# Le bilan a été complété et le patient est revu à 3 mois

	M0	M3
ADN-VHB	2.600 UI/ml	5.800 UI/ml
ALAT	1,8 N	2,1 N

AgHBe – et Ac antiHBe +, Ac antiVHD –

NFS normale, plaquettes 185.000

TP 100 %, albuminémie 40 g/l

AutoAc négatifs, ferritinémie 400 µg/l

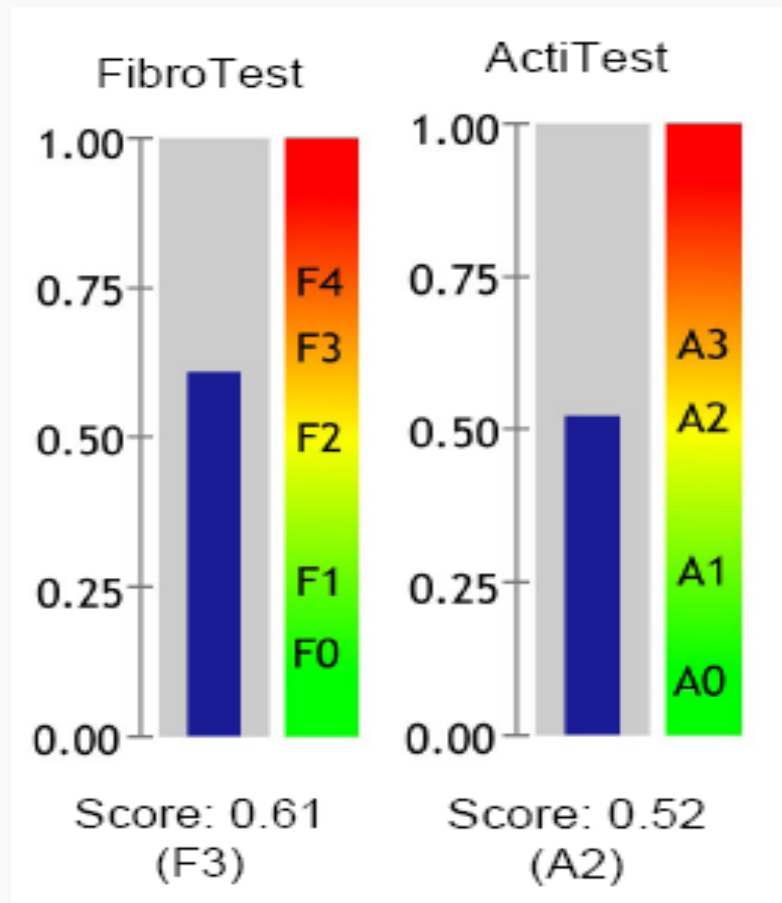
Echographie du foie : foie non dysmorphique, tronc porte perméable, foie légèrement augmenté de volume d'allure stéatosique

## **Q2 : la charge virale a plus que doublée en 3 mois**

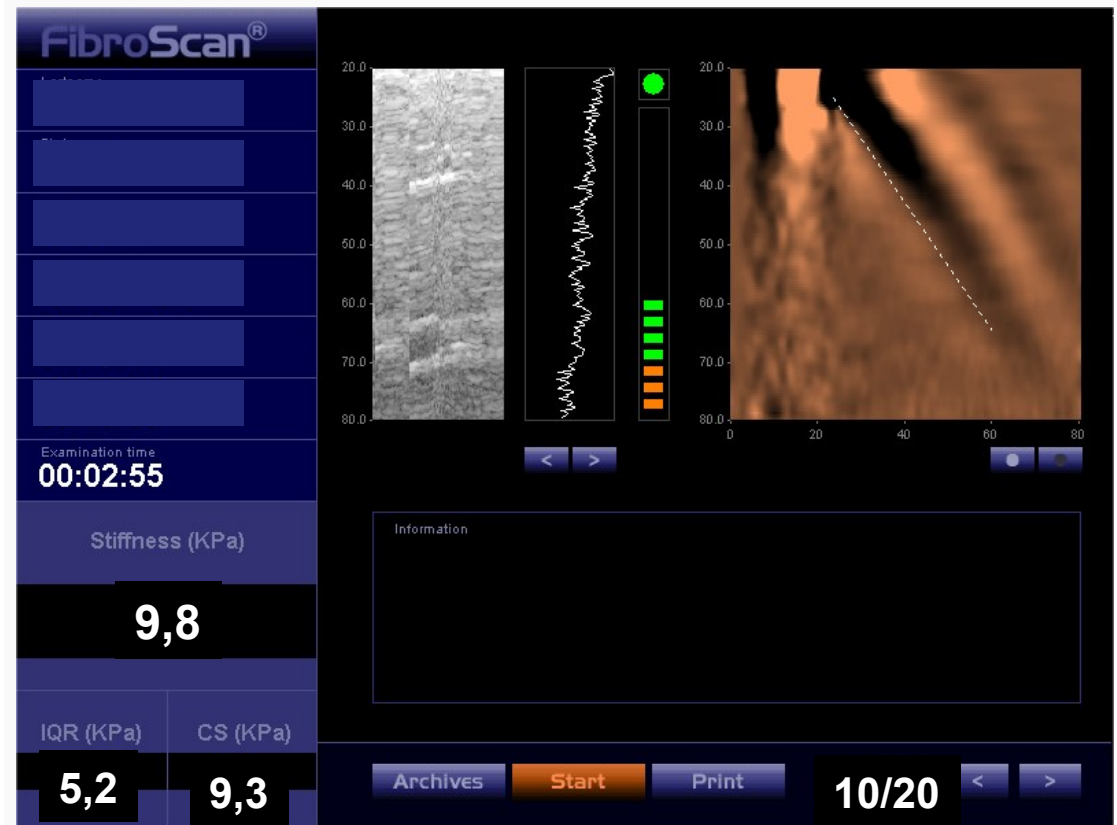
---

1. C'est un signe d'évolutivité et je vais rapprocher la surveillance
2. C'est un signe d'évolutivité et j'envisage donc un traitement
3. C'est une variation non significative de la charge virale ( $< 1 \log$ )

# Vous le revoyez avec des tests non-invasifs de fibrose



Sogni



6

## **Q3 : quelle est votre interprétation de ces 2 tests ?**

---

1. L'HAS ne recommande l'utilisation des tests non-invasifs de fibrose que pour les patients VHC + ou co-infectés VIH-VHC
2. Ces tests sont concordants et en faveur d'une fibrose significative (F3)
3. Ces tests ne sont pas interprétables

# Non-interprétables

---

- FibroTest
  - Bilirubine totale à prédominance non conjuguée → Gilbert probable
  - Faux résultats dus à hémolyse (4,7 %), maladie de Gilbert (1,4 %), médicaments (atazanavir...), sepsis et inflammation, hypohaptoglobulinémie constitutionnelle  
*(Poynard et al. Clin Chem 2004)*
- FibroScan
  - Critères de qualité : TdR > 60 % & IQR < 30 %
  - Facteur limitant : surpoids
    - 2114 mesures → échecs 4,5 %
    - Analyse multivariée : IMC > 28*(Foucher et al. Eur J Gastroenterol Hepatol 2006)*



# Tests non-invasifs de fibrose et porteur chronique de l'AgHBs

---

- Porteur asymptomatique
  - ALAT normales
  - ADN-VHB < 2.000 UI/mlde façon répétée
- Forte suspicion de cirrhose

## Q5 : Faut-il faire une PBH ?

---

1. Non, car je vais le traiter
2. Non, car je vais le suivre encore
3. Oui, car le patients a des transaminases élevées de façon répétée
4. Oui, car le patient a un ADN du VHB > 2.000 UI/ml de façon répétée
5. Oui, car le patient a 2 maladies du foie

# Biopsie hépatique

## Recommandée :

ALAT > normale

ADN-VHB > 2.000 UI/ml

Causes multiples

## Non recommandée :

Cirrhose évidente

Indication de traitement

# Qui traiter ?

---

Les patients avec multiplication virale

ADN-VHB > 2.000 UI/ml (> 10.000 cop/ml)

et/ou des ALAT > normale

Évaluée de façon dynamique

Responsable d'une maladie significative

Évaluation par PBH et / ou tests non-invasifs

A > 1 ou F > 1

## Qui traiter ?

Les patients avec une cirrhose et un ADN-VHB +

---

## Qui ne pas traiter ?

Les patients immuno-tolérants pour le VHB

Les patients avec une atteinte modérée

PBH < A2 et < F2

→ **suivi régulier**