

LES NOUVEAUTÉS ET MORCEAUX CHOISIS

Docteur Jean-Charles Duclos-Vallée
Centre Hépato-Biliaire
Hôpital Paul BROUSSE

ÉPIDÉMIOLOGIE - HISTOIRE NATURELLE

- 1) **Le risque de transmission du VHC est très faible après accident d'exposition au sang est évalué à 0.7%. Le taux de séroconversion a été évalué à 0% dans une étude allemande présentée à l'EASL 2007. Il n'y a donc pas lieu d'instituer un traitement antiviral prophylactique (Kubitschke et al. EASL 2007).**

- 2) **Quel est le risque d'une évolution vers une hépatite chronique chez les porteurs inactifs de l'AgHBs : il est de 15 % à 3 ans ; ce risque est associé à la présence d'une charge virale B > 5000 UI/mL (Papathodoridis et al. EASL 2007).**

- 3) **Quelles sont les causes de décès chez les patients infectés par le virus de l'hépatite B et/ou de l'hépatite C ?**

D'après une étude rétrospective publiée dans le Lancet, le taux de mortalité est : 1.4 supérieur chez les patients infectés par le VHB, 3.1 supérieur chez les patients infectés par le VHC et 5.6 supérieur chez les patients coinfectés par rapport à une population standard après un ajustement selon l'âge et le sexe. Les taux de décès en rapport avec une hépatopathie étaient de 12.2 chez les patients infectés par le VHB, 16.8 chez les patients infectés par le VHC et de 32.9 chez les patients coinfectés; les patients infectés par le VHB ayant le plus grand risque de décéder d'un carcinome hépatocellulaire (58%). La cause la plus importante de décès chez les patients infectés par le VHC et dans la population coinfectée était une cause médicamenteuse (Amin et al. Lancet 2006 ; 368 : 938-945).

4) Quel est l'impact du traitement antiviral sur l'évolution de la cirrhose virale C ?

- A) Une réponse virologique soutenue diminue l'incidence des complications de la cirrhose (di Marco V et al.) EASL 2007).
- B) L'incidence du carcinome hépatocellulaire est réduite par le maintien d'un traitement antiviral (Erhard et al. EASL 2007).

5) L'infection du liquide d'ascite toujours présente : le risque est d'environ de 25 % à 3 ans si le taux de protides est <10 g/L ; la prévalence est faible chez les patients asymptomatiques (0.6 % versus 2.4 % chez les patients symptomatiques) ; Il n'existe pas de bénéfice diagnostique à utiliser la bandelette urinaire type Multistix 8SG (Nousbaum et al. Hepatology 2007 ; 45 : 1275-1281 ; Canete et al. EASL 2007).

VERS LA GUÉRISON DU VHC:

1) Vers un traitement à la carte pour les patients de génotype 1 ? Les patients qui ont une réponse virologique partielle à S12 (diminution de 2 log de la charge virale mais qui reste > 50 UI/ml) ont une réponse virologique plus élevée lorsqu'ils sont traités plus longtemps (72 semaines) (Sachez Tapias, EASL 2007).

2) Peut-on être guéri après une réponse virologique soutenue ? probablement OUI : près de 100 % des patients avec une réponse virologique soutenue restent négatifs après 2 ans de suivi. Les très rares qui redeviennent ARN + sont peut-être des patients qui se sont réinfectés (Swain et al. EASL 2007).

L'HÉPATITE DELTA :

Le traitement par PEG-IFN α -2a devrait être considéré comme le traitement de choix dans l'hépatite B + delta. Un traitement plus prolongé que 48 semaines doit être vraisemblablement envisagé car la diminution de la charge virale Delta est très lente (Castelnau et al. Hepatology 2006 ; 44 : 728-735 ; Wedemeyer et al. EASL 2007).

LE FIBROSCAN : UN TRÈS BON OUTIL DIAGNOSTIQUE POUR LA CIRRHOSE ET SES COMPLICATIONS:

Grâce à une méta-analyse de performance du fibroscan : il n'y pas de différence de performance de mesure entre les patients infectés par le VHC et les patients non infectés par le VHC. La meilleure performance diagnostique est assurée pour le diagnostic de cirrhose et ses complications (Vizzutti et al. Hepatology 2007 ; 45 : 1290-1297 ;, Friedrich Rust et al.; EASL 2007 ; Bureau et al. EASL 2007 ; Vizzutti et al. EASL 2007).

VERS UNE CORRECTION DE L'HYPONATRÉMIE DU CIRRHOTIQUE

Les agonistes des récepteurs V2 (tels que le satavaptan) sont les traitements de choix de l'hyponatrémie du cirrhotique en augmentant la clairance de l'eau libre (Schrier et al. N Engl J Med 2006 ; 355 : 2099-212 ; Gines et al. EASL 2007).

LES NOUVELLES MALADIES HÉPATIQUES DU VIH

Une hépatopathie sévère chez les patients VIH sans hépatopathie virale : avant tout l'alcool mais aussi les analogues nucléosidiques sources d'hyperplasie nodulaire régénérative sévère (Mallet et al. AIDS, 2007 ; 21 : 187-192 ; EASL 2007, Barreiro, Abstract 697)

LA MALADIE DE WILSON

La symptomatologie neurologique apparaît plus tard que la symptomatologie hépatique (20 ans vers 15 ans). Environ 80 % des patients sont améliorés ou ne s'aggravent pas après l'introduction d'un traitement chélateur. L'aggravation est plus volontiers présente chez les patients qui ont une atteinte neuropsychiatriques ; celles-ci sont à dépister le plus précocément possible ; peut-être par une RMN cérébrale (Favrole et al. Neurology 2006 ; 66 : 384-389 ; Merle et al. Gut 2007 ; 56 : 115-120).