

Prise en charge des virus B et C après transplantation hépatique (TH).

Professeur Yvan Calmus
Service Hépatologie
Hôpital Cochin, Paris
Yvon.calmus@cch.aphp.fr

Hépatite B :

1. La présence de l'AgHBs chez le receveur expose constamment au risque de récurrence virale B après TH, même lorsque l'ADN-VHB est indétectable.
2. La récurrence doit être évitée par l'administration de fortes doses d'immunoglobulines anti-HBs (HBIG) de façon régulière après TH.
3. Cette prophylaxie est suffisante lorsque l'ADN-VHB était indétectable ou faible (inférieure à 100.000 copies/ml) au moment de la TH.
4. Dans le cas contraire, l'ADN-VHB doit être réduit ou négatif avant TH. L'utilisation de lamivudine, d'adéfovir, ou de leur association, dépend de l'importance de la réplication virale, de la présence ou non d'une mutation, et de la gravité de la maladie hépatique. Après la TH, la prophylaxie repose sur l'administration d'HBIG et du traitement nucléosidique/nucléotidique administré avant la TH. Dans de rares cas, l'administration de nouveaux analogues (tenofovir, entécavir) peut être nécessaire avant TH.
5. Compte-tenu du coût élevé et de la contrainte imposée par l'administration prolongée d'HBIG, des tentatives d'interruption de cette prophylaxie, sous couvert d'une administration d'analogues nucléosidique/nucléotidiques antiviraux, voire d'une vaccination anti-virale B, fait l'objet d'essais cliniques.
6. En cas de récurrence virale B, l'utilisation d'analogues nucléosidique/nucléotidiques antiviraux permet dans la plupart des cas d'interrompre la réplication virale.
7. Lorsqu'un greffon issu d'un donneur anti-HBc-positif est implanté chez un receveur AchBs-négatif, le risque de réactivation virale est majeur, et impose une prophylaxie continue.
8. Le pronostic de la TH pour maladie virale B isolée est excellent.

Hépatite C :

1. La récurrence virale C est constante lorsque le receveur était porteur d'une PCR + avant la transplantation.
2. La récurrence peut être évitée en traitant le receveur avant la greffe ; dans cas, la réponse virologique prolongée peut être obtenue dans environ 25 % des cas, mais seulement 10 à 15 % en cas de génotype 1 ; le taux peut probablement être amélioré à condition d'utiliser les facteurs de croissance précocement et à forte dose.
3. La récurrence pourrait sans doute également être évitée en administrant après la greffe des Ig spécifiques antivirales C, non disponibles actuellement.
4. En cas de récurrence, la progression des lésions est souvent plus rapide et plus intense que chez les sujets non transplantés. Cette évolution défavorable est favorisée par l'âge élevé du donneur, les lésions d'ischémie-reperfusion, un génotype viral 1, une charge virale élevée avant greffe, une immunosuppression intense, la survenue d'épisodes de rejet, une coinfection CMV. Les facteurs « modulables » (durée d'ischémie, type d'immunosuppression, prophylaxie du rejet, prophylaxie CMV) doivent être pris en compte.
5. En cas de survenue d'une récurrence virale C grave, le traitement est possible. Le taux de réponse virologique prolongée obtenue est actuellement de l'ordre de 40 %, à condition d'utiliser largement les facteurs de croissance, notamment l'érythropoïétine à forte dose.
6. Le pronostic de la TH pour maladie virale C dépend en grande partie de la gravité de la récurrence. Il est globalement moins bon que celui de la TH pour maladie virale B ou maladie alcoolique.
7. La présence du VIH ne contre-indique plus la TH pour maladie virale C, mais elle pose des problèmes supplémentaires : hépatotoxicité propre des traitements anti-retroviraux, notamment des analogues nucléosidiques, interactions entre antiprotéases et anticalcineurines.