

Hépatite chronique B : problèmes pratiques

Tony Andreani

Hôpital Saint Antoine, Paris

Problème pratique n°1: personnel de santé et Hépatite B

Le personnel de santé est particulièrement exposé au risque de contamination et risque alors de transmettre la maladie aux malades. Des recommandations pour la France ont été émises par la direction générale de la santé en 2003 :

- les élèves des différentes professions de santé doivent être vaccinés, et en cas d'échec de la vaccination, avec anti HBs demeurant négatifs malgré six doses de vaccin, un contrôle sérologique annuel doit vérifier l'absence d'infection. Les élèves déjà porteurs chroniques du virus doivent être orientés vers une autre profession avant le début des études si possible.
- les professionnels de santé infectés de façon aiguë ou chronique et ayant des signes d'infectiosité avec soit Ag HBe positif, soit DNA > 200 UI/ml, ne sont plus autorisés à pratiquer des actes à risque, mais les autres actes ne doivent pas être empêchés.
- les professionnels de santé doivent être incités à un dépistage systématique, et ceux infectés doivent prendre l'avis d'une commission spécifique sur leur aptitude à travailler. En cas d'inaptitude des mesures financières favorisant leur reclassement doivent être envisagées. L'infection doit a priori être considérée comme un accident du travail.

Problème pratique n° 2 : qui traiter ?

Les sociétés savantes américaines ou internationales ont émis plusieurs recommandations¹⁻
⁵. En France nous disposons d'un aide-mémoire récent de la SNFGE, intitulé conseils pratiques. L'examen successif de chaque phase évolutive de la maladie permet d'analyser les

situations particulières qui posent encore problème, car peu abordées dans les recommandations.

1 – PHASE D'IMMUNOTOLERANCE :

- les formes typiques strictement définies par un Ag HBe positif, des transaminases normales, et un DNA très élevé $> 2.10^6$ UI n'ont que des lésions histologiques minimales et ne doivent pas être traitées.
- les formes atypiques avec faible répllication (DNA $< 2.10^6$ UI) sont de signification encore incertaine avec risque possible de lésions histologiques plus sévères. La nécessité d'une biopsie et d'un éventuel traitement reste discutée^{6,7}
- les immunotolérants de plus de 40 ans devraient probablement être traités, en raison d'un risque plus élevé de CHC même sur foie non cirrhotique⁸.

2 – PHASE D'ACTIVITE HBe + OU - :

- les formes typiques avec transaminases et charge virale élevées doivent être traitées.
- les hépatites minimales avec transaminases entre N et 2 N peuvent avoir des lésions histologiques très variables, et nécessitent une biopsie hépatique ou une évaluation non invasive de la fibrose par test sérique ou élastométrie
- les hépatites Ag HBe + peuvent faire une séroconversion HBe spontanée, et on peut se donner une période d'observation de quelques mois avant de décider d'un traitement.
- les hépatites HBe - d'activité intermittente, sont généralement à traiter, sauf probablement lorsque les phases d'inactivité sont très prolongées, et en l'absence de fibrose importante
- les hépatites avec transaminases élevées mais répllication faible (DNA < 2000 UI) sont inhabituelles mais possibles chez les HBe -, et doivent faire rechercher une autre cause associée (hépatite delta, stéatose, alcool)

3 – PHASE D'INACTIVITE :

- les formes typiques avec transaminases normales, Ag HBe négatif et DNA < 2000 UI n'ont en général que des lésions histologiques minimales et ne doivent pas être traitées
- les formes inactives avec transaminases normale-hautes sont de signification incertaine, et l'importance de la fibrose devrait être évaluée ⁹.
- les formes inactives avec transaminases normales mais DNA entre 2000 et 20.000 UI sont de signification incertaine. Les lésions histologiques et le risque de CHC semblent peu différents de celui des formes typiques, mais leur risque de réactivation est plus élevé ¹⁰.
- les formes avec transaminases normales, Ag HBe négatif et DNA > 20.000 UI ne doivent pas être confondues avec les immunotolérants caractérisés par un Ag HBe positif. Un traitement de principe devrait être recommandé
- en cas de cirrhose inactive, le traitement est recommandé en cas de répllication persistante même faible
- le rôle de la mesure quantitative de l'Ag HBs reste incertain

Problème pratique n° 3 : facteurs prédictifs de réponse à l'interféron PEG

1 – facteurs prédictifs de réponse avant traitement

- chez les HBe + : génotype A, DNA, ALT
- chez les HBe - : ?

2 – facteurs prédictifs d'échec à S 12

- absence de baisse HBs quantitatif
- baisse DNA < 2 log chez HBe –

Références:

- 1 Lok AS, McMahon BJ. Chronic hepatitis B: update 2009. *Hepatology* 2009;50:661-2.
- 2 Sorrell MF, Belongia EA, Costa J, et al. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: management of hepatitis B. *Ann Intern Med* 2009;150(2):104-110.
- 3 European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of Chronic Hepatitis B. *J Hepatol* 2009;50(2): 227-242.
- 4 Liaw YF, Leung N, Kao JH, et al. Asian-Pacific Consensus Statement on the Management of Chronic Hepatitis B: a 2008 Update. *Hepatol Int* 2008;2:263-283.
- 5 Keefe EB, Dieterich DT, Han ST, et al. A treatment algorithm for the management of chronic hepatitis B virus infection in the United States: 2008 update. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2006;4:936-962.
- 6 Kumar M, Sarin SK, Hissar S, et al. Virologic and histologic features of chronic hepatitis B virus-infected asymptomatic patients with persistently normal ALT. *Gastroenterology* 2008;134:1376-84.
- 7 Andreani T, Serfaty L, Poupon R, et al. Need to strictly define hepatitis B virus (HBV) immunotolerant patients to avoid unnecessary liver biopsy. *Gastroenterology* 2008;135:2155–2156.
- 8 Chu CM, Liaw YF. Chronic hepatitis B virus infection acquired in childhood: special emphasis on prognostic and therapeutic implication of delayed HBeAg seroconversion. *J Viral Hepat.* 2007;14:147-52.
- 9 Yuen MF, Yuan HJ, Wong DK, et al. Prognostic determinants for chronic hepatitis B in Asians: therapeutic implications. *Gut* 2005;54:1610-1614.
- 10 Papatheodoridis GV, Manesis EK, Manolakopoulos S, et al. Is there a meaningful serum hepatitis B virus DNA cutoff level for therapeutic decisions in hepatitis B e antigen-negative chronic hepatitis B virus infection? *Hepatology.* 2008;48:1451-9.