

Particularités sérologiques de l'infection par le VHB chez les toxicomanes intraveineux coinfectés par le VIH

Lionel Piroth

Service des maladies infectieuses, Centre Hospitalier Universitaire (Dijon)

Prevalence, patterns and course of past hepatitis B virus injection in intravenous drug users with HIV-1 infection
Rodriguez-Mendez M.L.,
Gonzalez-Quintela A., Aguilera A., Barrio E.
The American Journal of Gastroenterology, 2000, 95, 5, 1316-1322

Une étude sérologique espagnole portant sur plus de 500 patients apporte quelques informations sur les profils sérologiques observés en cas de coinfection par le VIH. Même si toutes les questions sont encore loin d'être résolues

Même si l'association fréquente entre infection par le virus de l'hépatite B et infection par le VIH n'est pas une découverte, les progrès thérapeutiques récents (non seulement au niveau des antirétroviraux mais également à celui des traitements contre les virus des hépatites) ont " réactivé " de nombreux travaux portant sur les différents aspects encore mal connus de ces coinfections. Parmi eux, la distribution et la signification des profils sérologiques hépatitiques B en cas de coinfection VIH reste à étayer, en particulier chez les sujets toxicomanes intraveineux.

Une double étude a donc été conduite par Rodriguez-Mendez et coll. afin d'évaluer la prévalence et l'évolution sérologique de l'infection par le VHB chez les toxicomanes intraveineux infectés par le VIH.

Une première étude transversale incluait 388 patients toxicomanes VIH positifs (taux de CD4 moyen = $457/\text{mm}^3$) et 197 VIH négatifs, présentant une prévalence globale de l'infection par le VHB (présente ou passée) de 80%. Cette prévalence était plus élevée chez les patients VIH positifs que chez ceux VIH négatifs (90 versus 62%). En particulier, les patients VIH positifs présentaient une plus grande fréquence de profils " anti-HBc seul " sans anticorps anti-HBs associé (40% vs 28%), et plus encore ceux ayant une immunité altérée ($\text{CD4} < 500/\text{mm}^3$) que ceux ayant une immunité conservée (48% vs 27%). Des PCR qualitatives de l'ADN sérique du VHB réalisées chez huit patients présentant un tel profil (" anti-HBc seul "), tirés au sort, ont toujours été négatives. Enfin, la prévalence d'une antigénémie HBs positive était similaire dans les groupes.

La partie la plus intéressante de ce travail est la seconde étude, longitudinale, incluant 263 toxicomanes intraveineux, dont 213 VIH positifs. Les patients ont été vus tous les trois mois pour les patients ayant un déficit immunitaire ($< 500/\text{mm}^3$) et tous les 6 mois pour les non immunodéprimés, avec, à chaque visite, réalisation de sérologies VIH, VHB et d'un taux de CD4 pour les patients infectés par le VIH. Le délai médian de suivi était de 20 mois, avec de grands extrêmes (de 1 à 61 mois).

Malheureusement, 165 autres patients n'ont pu être suivis, perdus de vue pour la plupart, décédés pour 11 d'entre eux (tous infectés par le VIH).

Cette étude permet de montrer que la perte des anticorps anti-HBs est rare (3% des patients anti-HBs positifs à l'entrée), sans différence significative entre patients infectés ou non par le VIH et/ou degré d'immunodépression. A l'inverse, l'apparition d'anticorps HBs a été observée chez 33% des patients, sans différence significative là encore entre les différents groupes ou sous-groupes. Un seul cas de réactivation de l'hépatite B a été rapporté, chez un patient infecté par la VIH (incidence estimée à 0,2/100 patients-années).

Les principaux résultats de ce travail sont donc d'abord que l'infection par le VHB est fréquente chez les toxicomanes intraveineux, ce qui est une notion bien établie. Deuxièmement, le profil " anti-HBc seul " est plus fréquent chez les patients infectés par le VIH, et peut correspondre soit à des formes à bas niveau de réplication, soit à une perte des anticorps anti-HBs favorisée par l'immunodépression, soit à une absence de développement de ces anticorps. Enfin, la perte de l'anticorps

anti-HBs et/ou la réactivation du VHB semblent être des phénomènes rares.

Les principales forces de ce travail sont qu'il porte sur un nombre conséquent de patients (avec un nombre non moins conséquent de sérologies), et qu'il offre une comparabilité avec des patients " contrôles " non infectés par le VIH. Cependant, plusieurs limites viennent en restreindre la portée. Le premier élément tient au fait qu'il existe un très grand nombre de perdus de vue lors de l'étude longitudinale (39%), ce qui semble difficilement évitable compte tenu de la population étudiée, mais qui amène automatiquement à se demander si ces patients sont comparables à ceux qui ont été évalués. De même, la grande variabilité de la durée de suivi peut conduire à se demander s'il n'y a pas un risque de sous-estimation des réactivations VHB ou des modifications anti-HBs.

Par ailleurs, aucune donnée clinique n'est rapportée, de même qu'il y a peu ou pas d'information concernant d'éventuelles co-infections par le VHC ou le virus delta. Il n'est pas fait mention également de données histologiques, notamment chez les patients présentant une antigénémie HBs positive, pour lesquels il est suggéré que la proportion d'infections chroniques tendait à être plus élevée chez les patients Infectés par le VIH, mais sans argument probant à l'appui.

Enfin, les données concernant la coinfection par le VIH sont un peu restreintes. Il n'y a pas d'information sur les patients à un stade avancé d'immunodépression (<200 CD4/mm³), la valeur seuil unique retenue pour l'analyse étant de 500/mm³. De plus, il n'y a pas de données sur les traitements antirétroviraux, sur leurs effets éventuels, ou sur les effets d'une éventuelle restauration immunitaire.

Néanmoins, outre l'intérêt propre des résultats épidémiologiques, ce travail souligne la fréquence et le problème posé par la mise en évidence d'un profil " anti-HBc " seul chez les patients coinfectés par le VIH. Au delà même de cet aspect particulier, il renforce l'idée qu'il est nécessaire de mieux connaître et de mieux comprendre les particularités de l'infection par le VHB au cours de l'infection par le VIH, pour in fine aboutir à une meilleure prise en charge.