

septembre 1999

trente-cinquième rencontre du CRIPS

Prévention des hépatites

Les hépatites A, B et C restent un problème majeur de santé publique avec des risques et des moyens de prévention spécifiques à chacune.

L'hépatite C occupe désormais le devant de la scène. C'est la première cause de maladie hépatique chronique avec près de 600 000 porteurs du virus en France. Parmi les trois grands modes de contamination, la transfusion sanguine a cédé le pas devant la toxicomanie sans oublier la transmission nosocomiale qui mobilise un important effort de prévention. Le traitement associant ribavirine et interféron suscite des espoirs légitimes mais la recherche doit encore progresser pour proposer un traitement aux formes modérées et élucider la gravité accrue de la coinfection avec le VIH.

Le vaccin contre l'hépatite B a subi de plein fouet les incertitudes concernant sa tolérance. Malgré des données rassurantes, il continue de passionner les débats comme en témoigne la table ronde organisée sur ce sujet*.

Quant à l'hépatite A, elle est à reconsidérer dans la mesure où sa sévérité augmente avec l'âge et qu'elle peut se contracter à la faveur de voyages en pays d'endémie. Le vaccin permet de s'en prémunir et il semble légitime d'en discuter avec le sujet VIH + selon son mode de vie.

Profitant de la possibilité offerte par l'hémicycle du Conseil Régional d'Ile-de-France d'effectuer un vote comptabilisé immédiatement, des questions ont été posées à l'auditoire sur les hépatites A, B et C avant de broser un panorama pour chacune d'elles.

- [L'hépatite A](#)
- [L'hépatite B](#)
- [Table ronde sur les enjeux de la vaccination contre l'hépatite B](#)
- [L'hépatite C](#)

* 6 mai 1999

Les rencontres du CRIPS sont organisées avec le soutien de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile-de-France

Ont collaboré à ce numéro :

Didier Jayle - Gilles Pialoux - Antonio Ugidos - Bénédicte Astier- Idris Roty - Les graphistes associés

septembre 1999

trente-cinquième rencontre du CRIPS Prévention des hépatites

L'hépatite A

Trois questions ont permis de lancer le dialogue sur les problèmes spécifiques liés à l'hépatite A.

Est-elle toujours bénigne ?

La réponse NON majoritaire est bonne. En effet, les formes sévères existent même si elles sont exceptionnelles.

Est-il nécessaire de vacciner le sujet VIH + ?

Le résultat équilibré entre OUI et NON traduit l'absence de directives claires.

En cas d'hospitalisation, faut-il respecter des règles d'hygiène spécifiques à l'hépatite A ?

Le OUI est très largement majoritaire pour 88 % de l'assistance. Etant donné la transmission orofécale, des mesures d'hygiène s'imposent avec la nécessité de créer un circuit isolant le malade pendant les 15 jours où il est le plus contaminant pour son entourage.

Pr Yves Buisson, Hôpital du Val de Grâce

Histoire naturelle de la maladie, les modes de transmission, l'épidémiologie, le vaccin

Si l'hépatite virale A est de moins en moins fréquente, elle est de moins en moins bénigne. Presque toujours asymptomatique avant 5 ans, elle devient plus sévère avec l'âge. L'asthénie persistante justifie souvent un arrêt de travail d'un mois, donc des coûts indirects sans oublier les formes fulminantes mortelles estimées à 1/1000 chez l'adulte. L'infection à VIH ne constitue pas en soi une indication de vaccination. "L'hépatite A ne semble pas modifier le cours de l'infection à VIH" précise le Dr Jacques Leibowitch (Garches). Par conséquent, les raisons de vacciner sont identiques à celles pour les sujets non infectés par le VIH. La principale indication reste le voyage. En effet, à l'échelle planétaire, le danger est modulé selon le niveau d'hygiène. Dans les pays industrialisés, une diminution de l'immunité naturelle est apparue. D'où l'augmentation de la réceptivité de la population. **L'hépatite A est typiquement "la maladie des mains sales"**. Parmi les facteurs de risque, l'alimentation est impliquée dans la majorité des cas alors que l'exposition professionnelle concerne 27 % des malades, le contact avec un sujet infecté 23 % des cas et les voyages 18 % des cas. En terme de prévention, **le vaccin est disponible depuis 1992 en France avec une durée de protection supérieure à 10 ans.**

Les recommandations actuelles de la DGS incitent à vacciner les sujets exposés professionnellement, les voyageurs adultes et les enfants de plus d'un an à l'origine de petits foyers épidémiques d'importation, les jeunes des internats et des établissements spécialisés, les hémophiles, les polytransfusés, les homosexuels et les toxicomanes sans qu'il y ait d'études épidémiologiques spécifiques.

Question du Dr Sylvie Fridmann, gynécologue à l'Hôpital Bicêtre :

Y a-t-il une gravité particulière du VHA pendant la grossesse ?

Peu de données existent chez la femme enceinte mais rien ne laisse supposer une fréquence accrue de complications liées au virus A.

[Suite...](#)

septembre 1999

trente-cinquième rencontre du CRIPS Prévention des hépatites

L'hépatite B

En préambule, trois questions difficiles ont été soumises à la sagacité de l'auditoire.

Dans certaines conditions, le VHB est-il transmissible par acupuncture ?
Avec 80% de OUI sur 150 votants, la réponse majoritaire est juste.

Le traitement par interféron seul ou en association n'est-il efficace qu'en cas de répllication virale ?

Sur 147 votants, le taux d'abstention atteint 40 %, du fait de la difficulté de la question. Il est vrai que, pour l'instant, le traitement est validé seulement en cas de répllication virale.

En cas de co-infection par le virus delta, l'ADN du virus de l'hépatite B est-il constamment élevé ?

Sur les 150 votants, la minorité 9 % considère à juste titre que la multiplication du virus de l'hépatite B n'est pas constamment élevée en cas de co-infection par le virus de l'hépatite delta.

Dr Françoise Degos, Hôpital Beaujon

Histoire naturelle de la maladie, connaissances et incertitudes

Contrairement au virus de l'hépatite A, le virus de l'hépatite B est un virus à ADN. L'épidémiologie est très hétérogène dans le monde puisque certains pays comme l'Europe et l'Amérique du Nord ont une prévalence de l'ordre de 0,1 % alors que celle-ci atteint 5 à 20 % en Afrique et en Asie du Sud-Est. L'infection devient chronique au-delà de 6 mois avec une évolution possible vers la cirrhose ou le carcinome hépatocellulaire.

Les modes de transmission sont bien identifiés : en pays de forte endémie, le mode de transmission majoritaire est de type mère-enfant. Dans l'environnement du porteur chronique de l'hépatite B, la transmission sexuelle atteint 60 à 80 % et le risque de contamination est de 20 % simplement du fait d'habiter sous le même toit d'autant que sévissent la promiscuité et les mauvaises conditions socio-économiques.

Les politiques de vaccination des professions de santé se sont avérées efficaces mais insuffisantes pour diminuer l'incidence de l'infection à VHB. D'où la décision de certains pays tels que la France, les Etats-Unis et la Catalogne de l'intégrer dans leur calendrier vaccinal. Autre argument, la

vaccination contre l'hépatite B est le premier vaccin qui prévient le cancer. En atteste l'exemple taiwanais qui, grâce à la vaccination systématique, a vu en 20 ans diminuer considérablement l'incidence du carcinome hépatocellulaire.

En France, 252 cas d'atteintes neurologiques ont été recensés. Dans la majorité des cas, l'intervalle entre les signes neurologiques et la vaccination était inférieur à deux mois. Avant 6 ans aucun trouble neurologique n'a été décrit. En outre, les études de risque n'ont pas démontré de relation statistique entre la vaccination et les atteintes neurologiques. Pour l'instant, il persiste des incertitudes quant à une éventuelle co-incidence ou une relation de causalité même faible. D'après les études réalisées, le risque putatif de vaccination d'une cohorte de 800 000 enfants serait de 2 cas d'atteinte neurologique pour éviter 3 hépatites fulminantes, 60 à 150 hépatites chroniques et 12 à 30 carcinomes hépatocellulaires.

Dr Frédéric Dubois, CHRU de Tours

Les marqueurs sérologiques et virologiques

L'antigène HbS (S comme surface) correspond à l'enveloppe du virus. A l'intérieur, se trouve une capsid contenant l'ADN viral. Ainsi, on retrouve dans le virus deux supports antigéniques : l'antigène HbC et Hbe. Si l'antigène HbS signe la présence du virus, les IgM anti-HbC témoignent de l'ancienneté de l'infection, l'antigène Hbe et l'ADN viral reflétant quant à eux l'intensité de la réplication. Les antigènes et les anticorps obéissent à une cinétique bien définie selon le stade de la maladie.

La persistance de l'ag HbS signe la chronicité. Au cours du temps, la réplication va en s'atténuant avec une disparition de l'ADN viral. De même, la séroconversion ag Hbe permet la production d'anticorps anti Hbe. La chronicité n'est pas inexorable dans la mesure où le portage chronique peut s'amender avec une négativation de l'antigène HbS et l'apparition des anticorps.

Dr Jean-Claude Desenclos, Institut de Veille Sanitaire

Les données épidémiologiques, les modes de transmission, la prévention hors vaccination

Le réseau sentinelle et les données recueillies dans la communauté urbaine de Lyon décrivent une diminution régulière de l'incidence de l'hépatite virale B aiguë symptomatique au cours de la période 1991-1998 grâce aux effets positifs de la vaccination. L'incidence très faible avant 20 ans connaît un pic dans la tranche d'âge 20-29 ans. C'est la maladie de l'adulte jeune et de l'adolescent avec deux facteurs d'exposition particulièrement fréquents à cet âge-là : la voie sexuelle et la toxicomanie. Parmi les modes d'acquisition de l'hépatite B, la transmission hétérosexuelle est prépondérante avec 29 % des cas, puis la toxicomanie intraveineuse (15 %), la transmission homosexuelle (12 %), les injections, scarifications (8 %) et la dialyse (6 %). Elle reste non précisée dans 30 % des cas.

La prévention primaire passe bien sûr par la vaccination, la diminution du risque sexuel par des méthodes identiques à celles du VIH, la réduction des

risques chez les toxicomanes intraveineux et la prévention de la transmission nosocomiale. La prévention secondaire s'appuie sur le dépistage des porteurs chroniques de l'ag HbS. La prévention tertiaire implique une prise en charge thérapeutique de l'infection, des conseils vi- à-vis des produits hépatotoxiques, en particulier l'alcool, et du risque de transmission.

[Suite...](#)

septembre 1999

trente-cinquième rencontre du CRIPS Prévention des hépatites

Table ronde sur les enjeux de la vaccination contre l'hépatite B

"Au plan mondial, 370 millions de personnes infectées de façon chronique par le virus de l'hépatite B, 1,2 millions de décès liés à l'infection, 100 000 infectés chronique en France, 1000 nouveaux cas par an, 1000 décès incluant 15 hépatites fulminantes. Est-il légitime de vacciner sachant que 27 millions de Français ont déjà pu en bénéficier ?" lance le Pr Stanislas Pol.

La réponse semble évidente à la lumière de ces chiffres. Le facteur limitant est la survenue des atteintes neurologiques de démyélinisation et les atteintes hématologiques.

Question d'un médecin du travail

La polémique autour du vaccin contre l'hépatite B entraîne des réactions de rejet de l'ensemble des vaccinations. Faudrait-il une information "grand public" plus étoffée ?

Stanislas Pol

C'est vrai que la politique des laboratoires a été très incitative et peut-être mal vécue.

Françoise Degos

Les problèmes de la vaccination contre l'hépatite B ont provoqué une réaction de rejet de toutes les vaccinations. Ce phénomène aigu s'est désormais dissipé. La politique de vaccination instituée par les laboratoires a été assez agressive. Si les indications recommandées par les autorités de santé sont clairement définies (les nouveaux-nés, les adolescents et les sujets à risque), une bonne proportion de sujets de plus de 30 ans sont entrés dans la cible marketing des labos et ont été vaccinés pour des raisons plus économiques que préventives. Les laboratoires y ont largement contribué. Quelle doit-être la politique d'information ? Le Ministère n'est pas clair à ce sujet. Cependant, les nouveaux-nés représentent sans aucune discussion la vraie cible de la vaccination.

Stanislas Pol

Donc, une vaccination systématique pour tous les enfants ?

Françoise Degos

Le vaccin est déjà inclus dans le calendrier vaccinal et un pays comme l'Italie refuse l'accès des crèches aux enfants non vaccinés. Sans être aussi directif, il

faudrait néanmoins cibler très largement les nouveaux-nés. D'autant qu'on admet que les anticorps anti HbS sont protecteurs pour toute la vie.

Stanislas Pol

Comment rattraper la tranche des adolescents non protégés par la vaccination systématique des nouveaux-nés ?

Françoise Degos

La vaccination à l'entrée en sixième poursuivait le but de rattraper les 10 ans de couverture insuffisante avant l'entrée en sixième des nouveau-nés des années 1990. Ainsi, lorsque tous les nouveaux-nés seront vaccinés, il n'y aura plus besoin de vacciner les adolescents.

Les campagnes des fabricants de vaccins ont été mal faites et mal perçues et sont à mon sens à l'origine de la mauvaise image de la vaccination du nourrisson. En effet, les fabricants de vaccin ont beaucoup mis l'accent sur la vaccination de l'adolescent en associant l'hépatite B à une image de MST alors que peu d'informations concernaient la vaccination du nourrisson. Lorsqu'une mère emmenait son enfant chez le pédiatre, elle ne comprenait pas l'intérêt de vacciner un tout petit contre une MST. Il faut une information grand public provenant de structures indépendantes.

Jean-Claude Desenclos

Cette polémique est une opportunité pour les lobbies antivaccinaux. Les pouvoirs publics n'ont pas rappelé à l'ordre les laboratoires par rapport à la dérive de leur communication. La décision de vacciner le nourrisson et l'adolescent a été mal expliquée par le corps médical parfois peu informé des enjeux de santé publique. De plus, la population est plus sensible aux effets secondaires qu'à la maladie. Il existe des éléments sociologiques qui nécessiteraient une réflexion en profondeur avec des moyens dont ne disposent pas les autorités de santé.

Stanislas Pol

On n'a pas remis en question l'intérêt de la vaccination antitétanique et antityphoïde alors qu'elles comportent des risques du même ordre. Il semble exister une spécificité vis-à-vis de la vaccination contre le VHB en négligeant les notions de maladie fréquente et parfois mortelle inhérentes à l'hépatite B.

Jean-Claude Desenclos

Il est de plus en plus difficile de convaincre de vacciner (contre la rougeole par exemple) car le nombre des cas de maladie diminue alors que l'impact médiatique des effets secondaires l'emporte. D'autant qu'il persiste un doute scientifique sur la relation de causalité vaccination VHB-affection démyélinisante même si rien n'est démontré actuellement. Dans une analyse bénéfice/risque publiée dans le BEH, le bénéfice l'emporte largement sur le risque. Donc la décision ministérielle n'est pas rationnelle par rapport aux données scientifiques et techniques*.

Françoise Degos

Effectivement, il y a des effets de société derrière cette controverse. La possibilité d'un phénomène de coïncidence est très probable mais aucun

chiffre ne permet d'établir une relation de causalité. La courbe des atteintes démyélinisantes suit la distribution de la SEP (Sclérose en Plaques) pour la population non vaccinée dans les différentes classes d'âge. Or, en cas de relation avec la vaccination, on aurait dû retrouver davantage de cas dans les tranches d'âge les plus vaccinées.

Cette opinion, qui n'est pas partagée par tous, a été très critiquée par Jacques Leibowitch qui a invoqué le principe de précaution et s'est opposé vivement à la vaccination, du moins chez l'adulte.

Stanislas Pol

En pratique, le doute légitime persiste. Individuellement, c'est un problème difficile à gérer. En revanche, la vaccination néonatale n'est pas remise en cause mais il est difficile de la recommander chez l'adolescent et l'adulte et la décision se fait au cas par cas en fonction des risques encourus.

Françoise Degos

L'objectif affiché était d'éradiquer l'hépatite virale B en élargissant les indications. En cas d'arrêt de la vaccination, le VHB réapparaîtrait rapidement mais non immédiatement. C'est une responsabilité à prendre pour l'avenir, les chiffres présentés faisant le consensus des hépatologues. Il n'y a pas d'augmentation de la morbidité comme le prétend Jacques Leibowitch. A noter que, dans le passé, la vaccination contre la coqueluche avait été incriminée puis innocentée dans la mort subite du nourrisson.

Didier Jayle, directeur du Crips

Chez les personnes HIV+, quelles sont les recommandations vaccinales ? Le protocole à double dose vaccinale est-il validé ?

Stanislas Pol

Il n'y a pas de consensus, il est conseillé de vacciner la population à risque dans la mesure où elle est naïve pour le virus de l'hépatite B. La réponse vaccinale dépend du statut immunitaire. D'où l'intérêt d'une vaccination précoce. Chez l'immunodéprimé, on obtient de meilleurs résultats en répétant les injections plutôt qu'en doublant les doses.

* Lire sur cette question l'analyse de William DAB dans Transcriptase n°73

[Suite...](#)

septembre 1999

trente-cinquième rencontre du CRIPS Prévention des hépatites

L'hépatite C

Trois questions débute la session :

Au cours de l'usage de drogues, la transmission ne se fait-elle que par injection ?
Le vote enregistre 60 % de Oui, 37 % de Non pour 133 votants. La majorité a tort car la voie nasale notamment peut être incriminée.

Le taux de transmission sexuelle se situerait entre 15 et 40 %.
Oui pour 35 %, NON pour 55 %. La majorité a raison, le taux est inférieur à 10 %.

Doit-on s'abstenir de faire une biopsie si les transaminases sont normales ?
Oui 27 %, Non 55 %. Là encore, la bonne réponse est majoritaire.

Dr Alain Landau. Hôpital Broussais

L'histoire naturelle de l'infection

A l'échelon mondial, 200 à 350 millions de sujets sont infectés par le VHC. **En France, on dénombre 400 à 700 000 patients.**

Parmi les sujets immunocompétents, 80 % sont virémiques avec l'ARN viral détectable dans le sérum. La réplication du VHC est intra et extra-cellulaire, une donnée expliquant les manifestations extra-hépatiques. Les transaminases fluctuent et peuvent être normales malgré la positivité de la virémie.

L'hépatite aiguë symptomatique ne concerne que 5 à 10 % des cas. En revanche, les symptômes atypiques, surtout pseudogrippaux, affectent la moitié des sujets. Le premier marqueur virologique est l'ARN viral mesurable par PCR qualitative après 8 jours, la hausse des transaminases est décalée ainsi que la sérologie qui se positive 3-4 semaines après la primo-infection.

Dans l'histoire de la maladie, sur 100 patients infectés, 20 % en guérissent mais 80 % maintiennent une réplication détectable dans le sang après 6 mois.

En phase chronique, la progression n'est pas linéaire et dépend de cofacteurs, 15-30% des cas évoluent vers la cirrhose constituée et 3-7% vers le carcinome hépatocellulaire. Ainsi, une fois la cirrhose constituée, un sujet sur deux développe un cancer dans les dix ans.

Les cofacteurs d'aggravation qui réduisent la durée d'évolution vers la cirrhose sont l'âge supérieur à 40 ans, le sexe masculin, le mode de transmission et l'alcool. L'alcool a un effet délétère synergique qui s'exprime dès 30 g, soit trois verres. A partir de 60g chez l'homme et 40g chez la femme, le risque d'évolution vers la cirrhose est multiplié par 9 ou 10 et celui de cancer par 6.

La co-infection VHC-VHB réduit la multiplication du VHB mais accélère la progression vers la cirrhose et le cancer. La co-infection par le VIH augmente la

virémie avec une évolution plus rapide vers la cirrhose. En revanche, des virus récemment décrits et qualifiés d'hépatotropes tels que le VHG et le TTV n'interfèrent pas.

Dr Hughes Aumaître, Hôpital Bichat

L'épidémiologie, les modes de transmission

Les études épidémiologiques dénombrent près de 600 000 personnes infectées dont moins d'un tiers connaissent leur statut sérologique. La transfusion représente 40 % des cas d'hépatite chronique C dans les pays développés mais le risque a diminué depuis 1991. Les usagers de drogues forme le deuxième gros contingent de personnes infectées. La prévalence de l'infection VHC oscille de 60 à 90 % dans la population des toxicomanes. L'infection s'acquiert très rapidement, le plus souvent dès la première année. En marge de l'échange de seringues, d'autres modes de transmission font intervenir les lésions secondaires à l'usage de crack et du cutter et la voie muqueuse intranasale par l'intermédiaire de la paille. Les autres modes de contamination sanguine (10-15 %) rassemblent l'hémodialyse, l'endoscopie surtout avec biopsies, la chirurgie et la transplantation avant 1991.

Il faut citer aussi le tatouage, l'acupuncture, le piercing, la scarification et les aiguilles souillées, ces deux derniers modes étant très importants dans les pays en développement. La transmission en milieu de soins existe mais elle est faible (2 %), intermédiaire entre celle du VIH (0,2 %) et du VHB (20-30 %). La transmission mère-enfant est faible, moins de 6 %. Elle survient préférentiellement en période périnatale surtout lorsque la charge virale est importante et en cas de co-infection avec le VIH.

Pour la transmission sexuelle, la prévalence augmente en cas de partenaires multiples. Il n'y a pas lieu de conseiller un changement des pratiques sexuelles du couple stable. En revanche, l'usage du préservatif est recommandé en cas de partenaires multiples et en période de règles.

Dans 20 % des cas, le mode de transmission reste indéterminé.

Dr Gilles Pialoux, Hôpital Rothschild

Co-infection VIH/VHC et alcool

L'impact de l'infection à VIH sur l'infection à VHC se traduit par une plus grande mortalité de cause hépatique et une virémie plus élevée. Le taux de cirrhose est à la fois plus important et de survenue plus précoce (5-8 ans versus 20 ans chez les mono-infectés). La réponse à l'interféron est moins bonne avec des risques d'interaction médicamenteuse de la ribavirine avec les antirétroviraux.

La prévalence est d'environ 17 % chez les patients VIH+ dans les services spécialisés. L'inquiétude est née des données de la Direction des Hôpitaux (voir histogramme p.8). En effet, elles révèlent que les sujets co-infectés sont moins bien dépistés et moins bien pris en charge. Dans une étude comparant 93 patients co-infectés par le VIH à 78 mono-infectés, tous assez immunodéprimés, l'atteinte histologique est plus importante dans le groupe des co-infectés avec une incidence supérieure de cirrhose (32/93 versus 11/78). La mortalité de cause hépatique est significativement plus importante dans le groupe des co-infectés qui compte également les complications les plus graves.

La principale hypothèse évoquée est l'impact de la restauration immunitaire induite par les traitements antirétroviraux et plus spécifiquement les antiprotéases.

En pratique, la PCR qualitative permet de poser l'indication de biopsie. Dans le cas des co-infections, il est souhaitable de pratiquer une biopsie avant la mise sous traitement antirétroviral pour disposer d'un examen de référence. En cas d'élévation anormale des transaminases, une deuxième biopsie permet de faire le diagnostic. Dans le cas d'un patient VIH+ présentant une élévation anormale des transaminases avec une sérologie VHC négative, la PCR permet de démasquer les faux négatifs. Enfin, les critères de PBH doivent être uniformisés pour faire bénéficier ces patients des bithérapies.

Le rôle de l'alcool est mal évalué. Dans les trois études françaises présentées récemment au congrès d'hépatologie, l'alcool semble aggraver la fibrose et la cirrhose chez les sujets coinfectés mais avec des résultats hétérogènes.

**Pr Françoise Lunel, CHU d'Angers,
Institut Alfred Fournier**

Aspects et suivis virologiques

Le VHC est le premier virus découvert par la biologie moléculaire. C'est un virus enveloppé à ARN. La coexistence de populations virales différentes favorisent la résistance aux antiviraux des souches les plus pathogènes. Parmi les 12 principaux génotypes, le sous-type 1b domine en France où il est impliqué dans 40-50 % des cas.

Dans les hépatites aiguës, il existe une fenêtre sérologique inférieure en général à 6 semaines. La meilleure méthode de diagnostic de l'hépatite aiguë repose sur la mesure d'ARN qui se positive avant l'apparition des anticorps. Les indications de la recherche d'ARN viral par les méthodes qualitatives sont l'existence d'une sérologie positive avant l'instauration d'un traitement par l'interféron, le diagnostic de l'infection chez l'enfant éventuellement contaminé par sa mère et la mise en évidence d'une réplication virale chez les patients aux transaminases normales avant la biopsie hépatique. La quantification de l'ARN viral est indiquée dans le bilan préthérapeutique mais elle n'est pas validée dans le suivi des traitements. Les indications du génotypage s'inscrivent également dans le bilan préthérapeutique. Il est probable que les AMM des bithérapies prendront en compte le génotype et la charge virale conditionnant la réponse au traitement.

Pr Stanislas Pol, Hôpital Necker
**La prise en charge thérapeutique et les
contre-indications**

Trois messages principaux :

Le traitement de référence est aujourd'hui la combinaison interféron-ribavirine d'après le résultat de deux études internationales.

Ces traitements permettent d'obtenir des guérisons chez un certain nombre de patients.

Devant un accident d'exposition au sang avec un diagnostic de contamination par PCR précoce, on peut discuter un traitement viral au moment où il semble le plus efficace dans le cours de la maladie.

L'éradication virale est-elle durable ? La réponse est OUI pour la majorité des patients.

Les tests virologiques permettent de prédire les réponses thérapeutiques. Les sujets

avec des facteurs prédictifs de bonne réponse (virus non 1, virémie faible) doivent être traités pendant 6 mois. La durée est de 12 mois pour les virus de type 1 et les virémies élevées selon la conférence de consensus.

Est-il légitime de traiter tous les patients ?

Non, 2/3 des sujets gardent une maladie d'activité modérée et il est légitime d'attendre les stratégies thérapeutiques en devenir. Un essai multicentrique coordonné à Necker donne une idée des pistes actuellement investiguées : avec de fortes doses d'interféron au début du traitement, l'efficacité passe de 30 à 50 %. On attend beaucoup d'autres interférons notamment la forme pégylée à libération prolongée ou des schémas d'administration quotidiens.

Dr Rodolphe Ingold Institut de Recherche en Epidémiologie de la pharmacodépendance

Facteurs sociaux et comportementaux

Les toxicomanes constituent une population marquée par la précarité et l'errance, autant de facteurs défavorables pour la prise en charge de la santé. Nous avons établi le rôle central de l'injection par rapport à la transmission du VHC dans la mesure où tous les sujets VHC positifs étaient ou avaient été des utilisateurs de seringues. Néanmoins, il existe une proportion relativement importante de toxicomanes ayant bénéficié des mesures de prévention qui sont positifs pour le VHC, une notion plaidant en faveur de la contamination indirecte.

Il existe pour l'usager un halo d'incertitudes autour de l'hépatite C. Elle est vue comme un accident de parcours, une fatalité clairement associée à la toxicomanie et impliquant la pratique de l'injection.

Mme Michelle Zizorn, SOS Hépatites

Le rôle des associations dans la prévention

La lettre de SOS Hépatites à l'intention de Bernard Kouchner demande en substance l'AMM pour la ribavirine et une étude sur les effets secondaires de la ribavirine et de l'interféron ainsi qu'un remboursement des tests de génotypage. Elle mentionne les points flous du consensus notamment le traitement des malades qui continuent l'alcool.

Stanislas Pol

Les effets secondaires sont tous rapportés dans les études. Deuxième point, la consommation d'alcool n'est pas stigmatisée mais participe à la détérioration hépatique. Avec le traitement, le risque d'acutiser des lésions liées à l'alcool et d'aggraver les lésions hépatiques augmente.

Mr Pierre Perrier, Institut Alfred Fournier

Les campagnes de communication de l'Institut

Le 15 avril a été lancée la campagne nationale d'information et de sensibilisation du dépistage intitulée "Hépatite C, l'heure du dépistage". Elle a été lancée avec les seuls moyens de l'Institut Alfred Fournier, établissement spécialisé dans le dépistage et la recherche sur les MST, et du groupe Valdemars, organisme de presse. Elle se présente sous la forme de visuels et d'affichettes insérés à titre gratuit dans différents supports de presse médicale. Cette campagne sera complétée par d'autres actions réalisées avec certains partenaires comme le CRIPS Ile-de-France et SOS Hépatites avec le soutien du Ministère de la Santé.

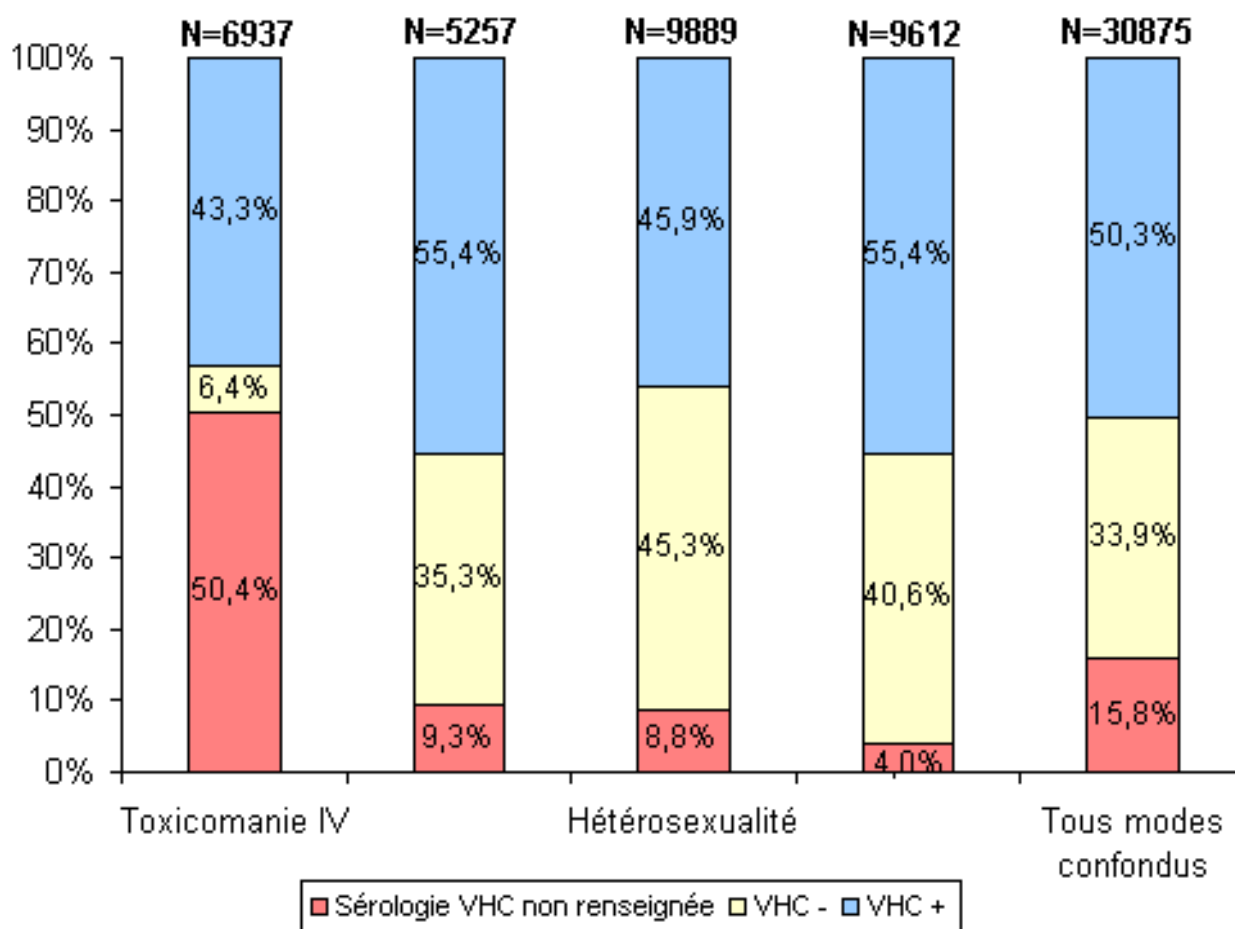
Mr Bertrand Sachs chef de projet VHC, DGS

Présentation générale du plan national de lutte contre l'hépatite C du Secrétariat d'Etat à la santé

Le souci de transversalité accompagne le lancement de la nouvelle campagne lancée par Mr Kouchner, le 22 Janvier 1999. Dans l'effort de communication, les publics sont bien ciblés : les usagers de drogues par voie IV et les transfusés antérieurs à 1991. Dans cette optique, les circuits médicaux apparaissent les plus pertinents avec le projet de distribution d'affiches, la diffusion d'un livret actualisé pour les médecins, un livret et un agenda pour les patients traités.

L'information ne doit pas être étendue au grand public, le risque d'effet pervers étant supérieur au bénéfice du fait du risque de mauvaise compréhension. En revanche, le travail de partenariat avec la presse sera en mesure d'informer le grand public. Une circulaire VHC mettra l'accent sur le travail en réseau, la formation, le renforcement des moyens des trente pôles français pour élargir la prise en charge au-delà des centres hospitaliers universitaires. Le 24 juin, une journée nationale fera le point sur les six premiers mois du plan national.

Sérologie VHC chez les patients atteints d'infection par le VIH - 1er semestre 1998
Source : DH - EO2 - DMI2



[Suite...](#)