

# L'HÉPATITE, LE VIH ET VOTRE FOIE

Haricots et chianti

Le récent forum GMHC s'est penché à la fois sur la gestion de l'hépatite et sur la toxicité hépatique associée aux traitements antirétroviraux. Les intervenants ont donné des conseils pratiques, mais aussi témoigné qu'il est possible de rester en bonne santé quand on est infecté par le VIH et le virus de l'hépatite.

## Rappel sur l'hépatite B

L'hépatite B est une infection virale pouvant entraîner une inflammation, voire des lésions irréversibles du foie. Les personnes infectées par le virus de l'hépatite B (VHB) peuvent être asymptomatiques ou avoir des symptômes tels que nausée, fièvre, vomissements, jaunisse, urine sombre et selles claires. Les symptômes se résorbent habituellement en quelques semaines. Dans la plupart (90 %) des cas, les personnes infectées connaissent l'un des symptômes cités puis se rétablissent et sont alors immunisées contre la maladie. Les autres sont chroniquement infectées, et peuvent évoluer vers la cirrhose, le cancer du foie ou l'insuffisance hépatique.

Les voies de transmission du VHB sont les mêmes qu'avec le VIH : sang infecté, sperme, sécrétions vaginales et lait maternel. L'infection peut être évitée par la vaccination, qui se pratique en trois injections sur six mois. Un traitement par immunoglobulines peut également être administré dans les semaines suivant une exposition au VHB pour diminuer le risque d'infection.

A. Borcich (New York) a commencé son exposé par les traitements de l'hépatite B : l'infection à VHB se traite actuellement par interféron ou lamivudine (Épivir, 3TC). D'autres anti-VHB sont à l'étude. La recherche thérapeutique est en cours depuis plus de 50 ans, et la première avancée réelle s'est faite il y a 10 ans, avec l'interféron. Cette protéine, libérée dans le sang pendant une infection virale, entraîne la production d'enzymes par les cellules non infectées. Utilisé comme traitement contre le VHB, l'interféron est injecté tous les jours pendant 16 semaines. Effets secondaires : symptômes d'état grippal (fièvre, fatigue, céphalées, faiblesse, nausée et vomissements). Ces effets secondaires peuvent être sévères au point d'entraîner l'interruption du traitement. L'interféron est depuis peu disponible sous une nouvelle formulation, appelée interféron pégylaté. Celui-ci reste plus longtemps dans la circulation sanguine, et les injections peuvent se faire une fois par semaine au lieu d'une fois par jour. Mais les effets secondaires sont identiques.



Pour toute question sur le VIH et les hépatites et pour consulter un spécialiste de l'information sur les facteurs de risque et la prévention des infections à VIH ou VHB/C, la CDC National Hotline est disponible 24 h/24, 365 jours par an :

[www.ashastd.org/nah.htm](http://www.ashastd.org/nah.htm)

### Interféron, 3TC et greffes

A. Borcich a décrit certaines des limites du traitement par interféron : il ne fait pas forcément baisser la charge virale (VHB) et le risque de rechute à l'issue du traitement n'est pas nul. Le traitement ne cherche pas à éradiquer le virus mais à empêcher la maladie de se manifester, c'est-à-dire empêcher la maladie hépatique sévère à court et long terme.

Qui doit être traité ? Seuls les patients porteurs du VHB depuis au moins 6 mois (infection chronique) et présentant une élévation des transaminases. Les patients ayant des transaminases élevées et une faible charge virale répondent mieux au traitement. La lamivudine combat le VHB de la même façon que le VIH : en empêchant le virus de se répliquer pour infecter de nouvelles cellules. A. Borcich a précisé qu'une limite possible du traitement par lamivudine résidait dans le fait que les résistances émergent facilement, que le produit soit prescrit seul ou en association.

Une greffe de foie peut être envisagée si l'organe a été sévèrement touché. Mais cette possibilité ne s'applique sans doute pas à tous les individus séropositifs, car la préparation d'une greffe suppose la prise d'immunosuppresseurs pour empêcher le système immunitaire de rejeter l'organe transplanté. Certains séropositifs peuvent ne pas être capables de supporter des médicaments qui affaibliront encore plus leur système immunitaire. En outre, la greffe n'empêche pas le VHB de réapparaître, alors qu'on pense que le traitement par lamivudine et/ou immunoglobulines peut réduire le risque de ré-infection par le VHB.

A. Borcich a invité les personnes dans le public à demander à leur médecin de faire un test d'anticorps anti-VHB. Une simple prise de sang suffit : si vous n'avez pas d'anticorps, vous n'êtes pas immunisé(e) contre le VHB et la vaccination est alors vivement recommandée. Enfin, A. Borcich a souligné que le fait d'être co-infecté par le VIH et le VHB ne semblait pas accélérer la progression de l'une ou de l'autre de ces maladies.

### Toxicité hépatique

A. Borcich a évoqué la toxicité hépatique du traitement antirétroviral. Elle a été associée à certains antirétroviraux, mais aussi à des substances abaissant le taux de cholestérol et à plusieurs antibiotiques (Biaxin, Bactrim) fréquemment utilisés par les séropositifs. La toxicité hépatique est liée aux troubles mitochondriaux, c'est-à-dire à la production d'énergie dans la cellule. Les symptômes de toxicité hépatique sont ceux

de l'hépatite elle-même : urine sombre, fatigue et jaunisse. Le traitement doit parfois être adapté, voire interrompu.

### Hépatite C et VIH : co-infection

M. Marco (TAG) a parlé de la co-infection à VIH et VHC, en revenant sur l'épidémiologie et l'histoire naturelle de l'hépatite C et les différentes possibilités de traitement.

Le VHC touche quelque 2 % de la population américaine, soit quatre millions de personnes, et le taux de co-infection VIH/VHC est élevé, surtout en milieu urbain avec forte population d'usagers de drogues injectables. Le VHC se transmet par le sang (partage de seringues, transfusions ou produits sanguins avant 1992, piqûres d'aiguille), et peut-être, mais rarement, par la voie sexuelle. L'infection à VHC peut entraîner cirrhose, insuffisance hépatique irréversible et cancer du foie.

M. Marco a explicité l'histoire naturelle de l'infection à VHC à partir d'un échantillon de cent personnes infectées.

- Soient 100 personnes infectées par le VHC :
  - 15 personnes (15 %) se remettent par elles-mêmes, sans traitement.
  - 85 personnes (85 %) sont chroniquement infectées.
  - Sur les 85 personnes chroniquement infectées :
    - 68 (80 %) ne feront pas de maladie du foie grave,
    - 17 (20 %) souffriront de cirrhose sous 15 à 20 ans.
  - Sur ces 17 personnes, 17,5 % feront un cancer du foie et 5 % une insuffisance hépatique irréversible.
- Il existe plusieurs facteurs de risque de maladie après une infection par le VHC. Les principaux sont :
  - sexe masculin
  - âge > 40 ans au moment de l'infection
  - consommation d'alcool > 5 verres/j.
  - transfusé (risque sup. à UDI)
  - si VIH+, T4 < 200

M. Marco a ensuite évoqué plusieurs études sur la co-infection à VIH/VHC. Comme indiqué dans l'histoire naturelle de l'infection à VHC ci-dessus, le temps de progression vers la cirrhose chez les porteurs de VHC chroniques se situe entre 15 et 60 ans. Quelle marge ! Voilà comment les choses se passent : dans une étude de 1999, des séropositifs ayant moins de 200 T4 et consommant plus de 5 boissons alcoolisées par jour atteignaient la cirrhose en 15 ans (moy.). Chez les séropositifs ayant plus de 200 T4 et buvant moins de 5 boissons alcoolisées par jour, le temps estimé avant la maladie est d'environ 36 ans, à peu près la même chose que chez les séronégatifs buvant le moins d'alcool.

Dois-je commencer un traitement ?

Qui a besoin d'être traité contre l'infection à VHC, et comment ? Les porteurs du VHC doivent être suivis étroitement. Si les tests de fonction hépatique montrent des anomalies, on peut envisager une biopsie (prélèvement d'une quantité minime de tissu hépatique) pour déterminer le degré de l'inflammation ainsi que la présence (ou non) de fibrose (formation de tissus fibreux) ou cirrhose. Le traitement actuel contre le VHC est à base d'interféron, associé le plus souvent à la ribavirine, pendant six mois à

un an. Six mois après la fin du traitement, si la charge virale (VHC) est indécélable, on peut être sûr à 97 % que le VHC a été éradiqué. Mais les effets secondaires de l'interféron font qu'il est difficile de suivre le traitement jusqu'au bout.

Par quoi commencer ?

On recommande aujourd'hui de traiter l'infection à VIH en priorité. En restaurant le système immunitaire, les antirétroviraux permettent en effet à l'organisme de combattre le VHC plus efficacement. Le traitement anti-VHC n'est pas recommandé non plus tant qu'il n'y a pas de fibrose, même minime. De nombreux patients co-infectés ne progresseront jamais dans leur infection à VHC.

Conclusion

Ce forum a permis de rectifier de nombreuses idées reçues sur les hépatites. Ces infections sont rarement mortelles, et sous réserve qu'ils soient bien suivis (et traités, le cas échéant), les séropositifs co-infectés peuvent conserver un état de santé relativement satisfaisant. Les deux intervenants ont mis l'accent sur la prévention : baisse de la consommation d'alcool, traitement anti-VIH pour stimuler le système immunitaire et empêcher l'hépatite. Avec votre médecin, prenez les mesures qui assureront la santé de votre foie !

Anne Monroe, Forum summary writer,  
GMHC, USA, June 2001

*Intervenants: A Borcich, Mt. Sinai Hospital and Lenox Hill Hospital, M Marco,  
Treatment Action Group*

AMM pour la ribavirine « à part »

La Food and Drug Administration a homologué le 25 juillet le conditionnement indépendant des capsules de Rebetol (ribavirine), un antiviral prescrit avec Intron A (interféron alfa-2b) dans le traitement de l'infection à VHC chronique.

En 1998, la FDA homologuait l'association Rebetron, contenant les capsules de Rebetol et l'Intron A pour injection, conformément à la demande de Schering (fourniture de Rebetol et d'Intron A dans un seul et même conditionnement).

Les capsules de Rebetol ne doivent pas être prises seules. Cette homologation permet aux patients et soignants d'être flexibles et de personnaliser les traitements à base de capsules de Rebetol et d'Intron A.

L'association Rebetron ne guérit pas de l'infection à VHC.

Les capsules de Rebetol peuvent entraîner de sérieux effets secondaires, et une anémie apparaît souvent dans les deux premières semaines suivant le début du traitement. Les patients doivent se soumettre au comptage de leurs globules rouges conformément aux prescriptions de leur médecin. Des crises cardiaques, parfois mortelles, sont survenues chez des patients anémiques sous Rebetol. Les patients présentant un historique de maladie cardiaque doivent éviter le traitement par Rebetol.

Rebetol peut avoir des effets tératogènes et peut entraîner la mort du fœtus. Les autres effets indésirables associés aux capsules de Rebetol sont la fatigue, la nausée, les éruptions cutanées et les démangeaisons.

Parmi les effets indésirables graves d’Intron A : états dépressifs sévères, psychoses, comportement agressif, hallucinations, comportement violent (idées/tentatives de suicide, rares cas de tentatives d’homicide). Intron A peut entraîner une baisse sensible du nombre de cellules qui aident à lutter contre les infections (globules blancs) et coagulantes (plaquettes).

Un Guide accompagnera chaque prescription de Rebetol pour expliquer les effets secondaires associés aux capsules et à l’association Rebetrone, ainsi que l’usage correct de ces produits.

R Klein, Food and Drug Administration,  
July 2001



© 2001 EATG - [Usage Terms](#)