

# épatite C.

Dr B. WEBHE

Service Hémodialyse - QUIMPER.

## 1. GÉNÉRALITÉS :

Il s'agit d'un virus ARN proche des Flavivirus et Pestivirus (Dengue et Fièvre Jaune). Il a été identifié en avril 1989 par biologie moléculaire et il représente 80% des hépatites dites non-A non-B.

Sa virémie est faible (deux fois moins que le virus B) mais elle est prolongée et chronique.

Le dépistage est devenu obligatoire depuis mars 90 notamment dans les centres de transfusion et dans les centres de transplantation.

Enfin, la séroconversion apparaît 15 jours à 6 mois après l'épisode hépatique mais parfois beaucoup plus tardivement (10 mois).

## 2. CLINIQUE :

La clinique est très sobre. Elle est souvent asymptomatique, de 80 à 90%. On note parfois une asthénie. 60 à 85% des hépatites aiguës sont anictériques.

## 3. BIOLOGIE :

L'hépatite C s'accompagne d'une cytolysse modérée avec élévation des transaminases de 3 à 6 fois la normale, cette cytolysse est fluctuante +++ et elle apparaît six semaines après le contage. Rarement on a noté des signes en faveur d'une insuffisance hépatique.

## 4. ÉVOLUTION :

L'hépatite aiguë dure environ six mois. Les patients, pendant cette période, sont comme on l'avait dit, souvent asymptomatiques (90%). Les 10% symptomatiques n'évoluent cependant pas vers l'hépatite fulminante contrairement à l'hépatite B.

La période chronique va s'étaler de 6 mois jusqu'à 30 ans environ. 50% des sujets infectés peuvent évoluer vers l'hépatite chronique dont 10% vers la cirrhose et un certain pourcentage de ces 10% vers le carcinome hépato-cellulaire (CHC).

Aucun facteur cependant ne permet de prédire quelle sera l'évolution d'une hépatite chronique.

La conduite à tenir consiste à réaliser des ponctions biopsies hépatiques chez les patients porteurs de ce virus et qui présentent une élévation des transaminases d'une façon persistante et fluctuante pendant une période de six mois.

## 5. LES TESTS BIOLOGIQUES :

Ces tests ont pour but de doser des anticorps anti-hépatite C dirigés contre des protéines non structurales qui sont les C 100-3, la 5-1-1 et la GP 33 et des protéines structurales, la GP 22.

Ces tests sont effectués par Elisa 2 et confirmés par Riba 2, ce dernier test a pour but de mettre en évidence les protéines précitées sur une bandelette.

Ce test est :

- positif quand deux bandelettes au moins sont reconnues,
- douteux quand une seule bandelette est reconnue,
- et négatif quand aucune bandelette n'est reconnue.

Ces deux tests ne permettent pas de distinguer les malades porteurs du virus des malades guéris de l'hépatite C.

Enfin, la PCR (Polymérase Chain Réaction) : il s'agit d'un marqueur de la répllication virale active.

Ce test est très fiable et utile :

- dans la transmission mère-enfant
- le suivi de l'efficacité du traitement
- et chez les séro-négatifs ayant une hépatite chronique.

## 6. LA TRANSMISSION :

La transmission se fait :

- surtout par voie parentérale :
  - transfusion des culots globulaires : le risque est évalué à 0,3% par culot.
  - perfusion de dérivés de sang chez les hémophiles qui sont atteints jusqu'à 70%.
  - et enfin chez les toxicomanes où le risque est évalué à 75%.
- par voie percutanée : les tatouages.
- par voie sexuelle mais elle est faible: une étude sur des hémophiles infectés a montré seulement 3,5% de positifs chez les partenaires sexuels. Chez les homosexuels le risque est faible à 5%.
- la transmission est cependant inconnue dans 43 à 50% des cas.

En ce qui concerne la transmission mère-enfant, celle-ci peut exister si la mère est immunodéprimée ou une personne à risque (toxicomane, plusieurs partenaires). La transmission familiale a été signalée d'une façon sporadique.

Le risque au niveau du personnel de santé est rare. En Angleterre, une étude sur 100 sujets n'a pas permis de mettre en évidence d'infection par hépatite C, cependant il faudra prendre les mesures nécessaires de précaution dans les services à risque (hémodialyse, transplantation cardiaque et hépatique).

Dans les centre d'hémodialyse, le risque est de 15% environ. A QUIMPER, sur 48 patients, 6 sont porteurs de l'hépatite C soit 12,5%; quant aux greffés qui sont au nombre de 60 et qui sont suivis en consultation de post-greffe, cinq parmi eux sont porteurs de l'anticorps anti-VHC soit 8%.

## 7. TRAITEMENT :

Le traitement de l'hépatite C est actuellement bien stéréotypé. Le début de traitement doit être assez précoce dans l'évolution de la maladie pour éviter la transformation de l'hépatite aiguë en hépatite chronique.

Nous disposons de l'INTERFERON. La dose est de 3 000 000 d'unités en sous-cutané trois fois par semaine pendant six mois. Les résultats à six mois montrent 50% de normalisation des transaminases mais 50% de rechute à l'arrêt du traitement. 30% légère baisse des transaminases, et enfin 20% aucune efficacité du traitement.

**AU TOTAL : 20 à 25% de normalisation définitive des transaminases sont signalées avec ce traitement.**

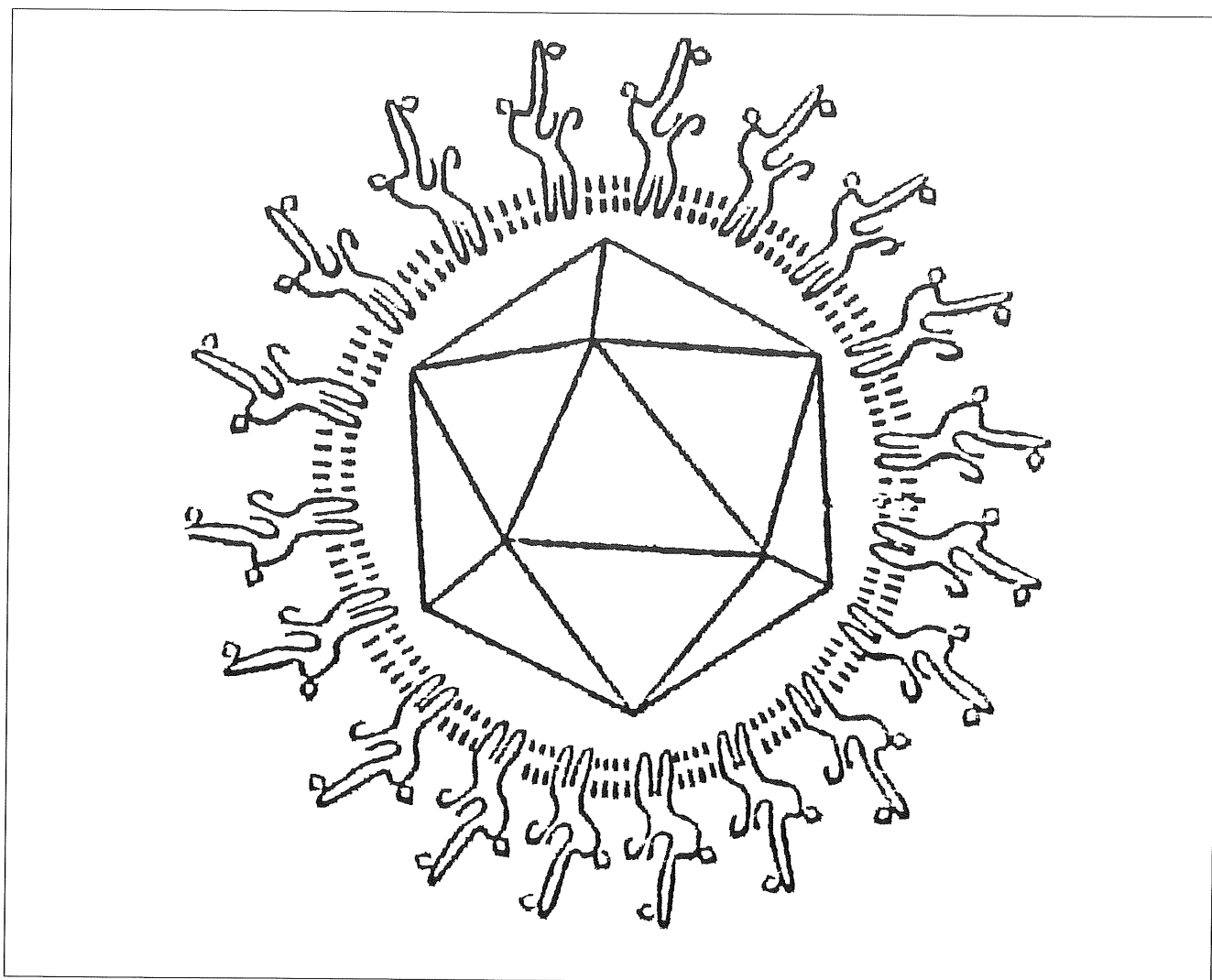
En cas d'échec, il faudra attendre six mois et recommencer une nouvelle cure de six mois avec les mêmes doses d'IN-

TERFERON. Les résultats sont actuellement en cours d'investigation.

Il semblerait que les facteurs prédictifs de réponse positive soient les suivants : le sexe féminin, l'absence de cirrhose au moment du traitement, et l'âge plus jeune.

D'aucuns associent à l'INTERFERON des hépatoprotecteurs ou de la RIBAVIRINE per os mais ces traitements ne sont pas efficaces.

Enfin, si au bout de trois mois les transaminases ne bougent pas, le patient est considéré comme non répondeur et il faudra arrêter le traitement.



Structure schématique du virus C.