

# L'hépatite C

**500 000 personnes infectées par le virus de l'hépatite C, telles sont les estimations. Les modes de contamination et l'évolution de la maladie sont maintenant connus et un programme national de lutte a été préparé.**

Identifié pour la première fois en 1989, le virus de l'hépatite C (VHC) pose aujourd'hui un problème de santé publique majeur. Les connaissances cliniques, épidémiologiques, thérapeutiques sur l'infection par ce virus sont encore récentes et en pleine évolution. L'OMS estime que 3 % de la population mondiale est infectée et qu'environ 170 millions de personnes sont des porteurs chroniques exposés à un risque de cirrhose ou de cancer du foie.

En France, la prévalence des porteurs d'anticorps anti-VHC est estimée, en 1995, à 1 % de la population, soit 500 000 à 600 000 personnes infectées par le virus de l'hépatite C et ainsi potentiellement infectantes. Parmi celles-ci, trois quarts des personnes séropositives pour le VHC ignorent qu'elles le sont. L'enquête réalisée en 1994 à partir d'un échantillon représentatif des services hospitaliers traitant les malades atteints d'hépatopathie chronique C a permis d'estimer à environ 6 000 le nombre de nouveaux malades diagnostiqués et pris en charge en milieu hospitalier chaque année en France. L'étude des nouveaux cycles de traitement pour hépatite C chronique dans les pôles de référence permet d'estimer, en 1998, à environ 7 600 le

nombre de nouveaux traitements prescrits au niveau national durant un an, dont 4 600 à des patients qui n'ont encore jamais été traités pour hépatite C.

La structure moléculaire, le mécanisme de réplication, le tropisme et la pathogénicité du virus de l'hépatite C sont encore incomplètement connus. La variabilité du virus est importante et se traduit par les différents génotypes et sous-types circulant en France. Cette variabilité joue un rôle probable dans l'histoire de la maladie et la résistance aux traitements antiviraux, elle pourrait théoriquement mettre en défaut les tests industriels utilisés actuellement.

## **Les modes de contamination**

Le mode de contamination le plus fréquent et le mieux connu est parentéral, par contact direct entre du sang infecté et le sang « receveur ». Ainsi, en premier lieu, c'est chez les transfusés que le VHC s'est transmis. Pendant une longue période, la connaissance de l'hépatite C, identifiée sous la forme d'hépatite non-A non-B provenait de la transfusion sanguine. La sélection médicale des donneurs, instituée en 1985, puis l'élimination du don du sang des donneurs ayant des marqueurs indirects : transaminases élevées (avril 1988) et enfin la mise en place du dépistage systématique des anticorps anti-VHC par les tests à partir de 1990 ont permis de réduire considérablement le risque d'hépatite post-transfusionnelle à moins de cinq par million de dons actuellement. Le risque résiduel

pourrait correspondre à des donneurs récemment contaminés et en phase sérologique muette avant séroconversion, ou à d'hypothétiques sujets virémiques séronégatifs. La prévalence du VHC est plus élevée que celle du VIH dans la population des donneurs de sang. La prévalence chez les nouveaux donneurs de sang était en 1996 de 20,71 pour 10 000.

L'importance de la voie sanguine est illustrée également par la contamination des usagers de drogue par voie intraveineuse. La transmission du VHC, comme celle des autres virus, hépatites B et D, VIH, est due au partage du matériel, non seulement des seringues mais du petit matériel utilisé pour la préparation de la solution injectée. Malgré la modification des pratiques et la mise en place d'actions visant la réduction des risques, les toxicomanes restent exposés de façon majeure à la contamination par le VHC.

La contamination par blessure avec du matériel souillé par le VHC peut survenir dans le cadre d'une exposition professionnelle, le risque d'accident d'exposition au sang reste faible, autour de 3 %.

On peut estimer raisonnablement qu'un tiers des porteurs VHC ont été contaminés par transfusion sanguine et un tiers, par drogue intraveineuse.

Pour 40 % des patients l'exposition à ces modes de transmission n'est pas retrouvée et on peut discuter une transfusion, une toxicomanie non reconnue ou un mode de transmission iatrogène.

Plusieurs modes de transmission iatrogène ont été docu-

mentés par des cas individuels : accident d'exposition au sang, endoscopie avec biopsie, hémodialyse sans transfusion, auto-piqueur, soins à l'hôpital chez les immuno-déprimés, respirateurs, ponction ou injection intraveineuse, transmission du chirurgien au patient. L'importance respective de ces modes de transmission en termes de nombre de malades et de risque résiduel actuel n'est pas établie. Le respect des procédures, les mesures réglementaires récentes et l'augmentation générale du niveau d'hygiène au cours des soins ont réduit considérablement ce mode de transmission. Il semble que la transmission par les rapports sexuels puisse se faire dans des conditions particulières (rapports traumatiques, lésions génitales...). Les données de la littérature montrent que ce risque est extrêmement faible. La transmission intrafamiliale non sexuelle n'est pas documentée. La transmission materno-foetale pourrait varier de 3 à 10 % en fonction de l'importance de la charge virale de la mère.

## **L'évolution de la maladie**

Les symptômes de l'hépatite C aiguë ne se distinguent pas de ceux observés au cours de l'hépatite A ou B, ils sont cependant souvent moins marqués, la période d'incubation est de 5 à 12 semaines, il existe très rarement un syndrome pré-ictérique. Deux tiers des cas sont asymptomatiques et anictériques. Il est possible qu'il existe un lien entre l'intensité de l'hépatite initiale et l'évolution vers la chronicité. Au stade initial,

l'élévation des transaminases est moindre que dans les hépatites A ou B. La durée totale d'une hépatite C aiguë varie de quelques semaines à plusieurs mois. Le passage à la chronicité devient probable quand l'élévation des transaminases persiste pendant plus de six mois. La survenue d'une hépatite chronique suite à une infection par le VHC semble fréquente, le risque de passage à la chronicité est élevé, de l'ordre de 80 %. Parmi les formes chroniques, 20 % évoluent vers une cirrhose en 20 ans. Annuellement 3 % des cirrhoses donnent lieu à une complication grave : insuffisance hépatique grave ou un carcinome hépato-cellulaire à l'origine de décès prématurés.

Le bilan biologique et sérologique établit l'activité de la maladie, la ponction biopsie hépatique permet à l'histologie de mettre en évidence les lésions évocatrices d'hépatite chronique C.

Les modalités thérapeutiques sont fonction du stade évolutif de la maladie, le traitement de l'hépatite chronique C modérée et sévère repose actuellement sur l'interféron  $\alpha$ , la réponse au traitement est davantage liée à des facteurs viraux qu'à des facteurs liés au malade. L'association d'antiviraux est proposée en fonction des caractéristiques en particulier virologiques. La cirrhose sévère et le cancer primitif du foie sont des indications de la transplantation hépatique.

Un plan national de lutte contre l'hépatite C est en cours d'élaboration à partir des travaux réalisés pour la conférence de consensus de janvier 1997, des résultats de

## Recours pour hépatite C chronique

Une première enquête nationale<sup>1</sup> sur le recours aux soins hospitaliers pour hépatite C chronique a été effectuée en juin 1997. Elle avait pour but de recenser pendant une semaine le nombre de patients infectés par le VHC, traités ou non par l'interféron, et dont le motif principal de recours au système hospitalier était l'infection à VHC. L'enquête s'est déroulée dans les services d'hépatogastro-entérologie, de maladies infectieuses et les services de médecine interne et médecine générale à orientation hépatogastro-entérologique des établissements de santé publics et privés. Elle a concerné environ 5 000 patients, (dont plus d'un millier dans les services de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris).

La plupart des recours ont lieu dans le secteur public, et très majoritairement en consultation. Les services d'hépatogastro-entérologie sont les plus sollicités, surtout pour les hépatites les plus évoluées. Hors AP-HP, on observe, pour les patients dont le stade de gravité est connu, que 33 % présentent une hépatite C chronique minime, 47 % une hépatite C chronique active, et 20 % une hépatite C chronique sévère (la répartition à l'AP-HP est très voisine). Quatre patients sur dix sont traités par interféron hors AP-HP, sensiblement plus qu'à l'AP-HP (à peine plus de deux sur dix).

Le taux de recours par million

d'habitants (adultes de plus de 15 ans) pour hépatite C chronique est lié à l'importance de l'infection à VHC mais représente également un indicateur d'accès aux soins. Ce taux diffère sensiblement entre les régions. Il est plus important dans le sud de la France et en région Île-de-France. Le très faible taux de recours en région Nord-Pas-de-Calais s'explique par un non fonctionnement du plus gros service spécialisé de la région durant la semaine d'enquête. Par ailleurs,

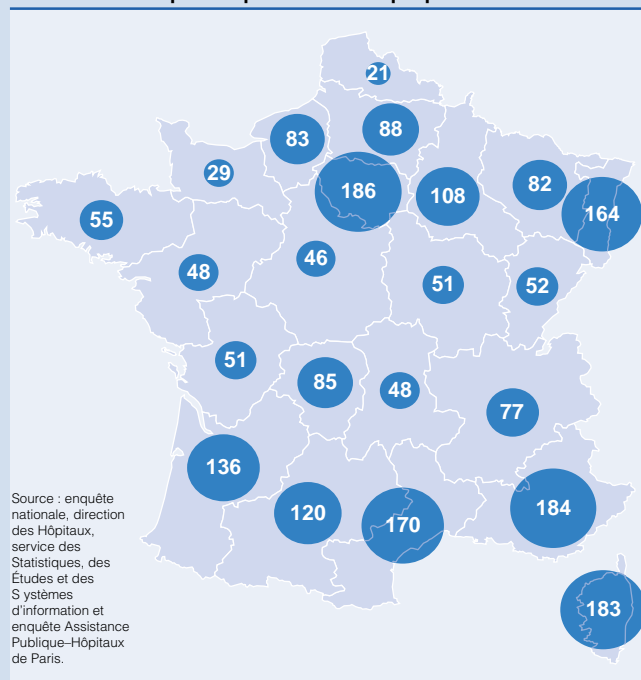
quelques régions du nord et de l'est de la France présentent des taux assez élevés de recours aux soins : Haute-normandie, Picardie, Champagne-Ardenne, Lorraine et Alsace.

Claudine Parayre

### Références

1. Enquête nationale, direction des Hôpitaux, service des Statistiques, des Études et des Systèmes d'information et enquête Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.
2. Le recours aux soins hospitaliers pour hépatite C chronique, *Informations rapides* n° 99, avril 1998.

### Taux de recours pour hépatite C chronique par million d'adultes



l'action concertée sur l'épidémiologie de l'hépatite C et des consultations menées auprès des membres du Conseil supérieur d'hygiène publique de France et d'experts et techniciens de santé publique. Ce programme, préparé pour quatre ans, a pour objectif notamment :

- la réduction des risques actuels de nouvelles contaminations en particulier chez les toxicomanes et en milieu pénitentiaire ;
- l'amélioration du dépistage et la prise en charge précoce des personnes infectées pour réduire les évolutions défavorables ;

- le développement de la connaissance sur l'infection à VHC avec notamment l'analyse des nouvelles séroconversions, l'étude de l'histoire naturelle de la maladie, le renforcement de la recherche appliquée sur les traitements.

Martine Ruch, Thierry Troussier