

Prise en charge des cas particuliers d'hépatite B

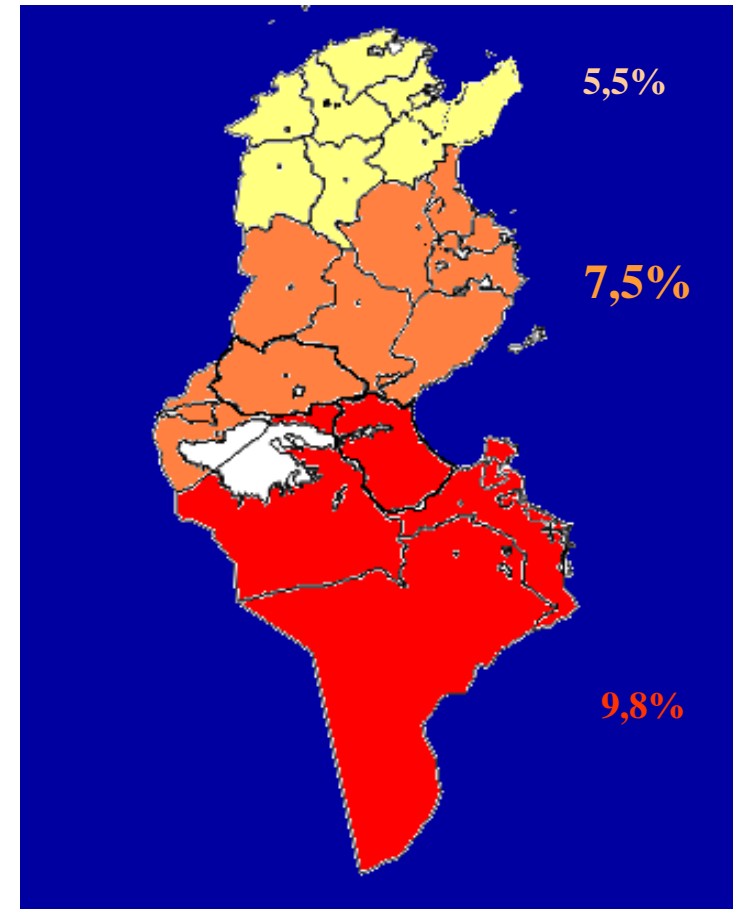
Rim Abdelmalek

30/1/2013

Introduction

Epidémiologie

- Maladie fréquente en Tunisie
- Zone de moyenne endémie
- Prévalence 7%
- Gradient Nord/Sud
- 70% Ag HBe négatif
- 80% génotype D
- 3500 décès/an



Cas particuliers

VHB aigue sévère

- Infection aiguë
 - guérison spontanée > 90-95%
 - Ac anti-HBs < 6 mois sans ttt
 - Pas de ttt

- Infection fulminante
 - La plus fréquente des étiologies
 - 1% des hépatites aiguës
 - Transplantation hépatique
 - Mesures de réanimation
 - Risque encéphalopathie hépatique

- Usage des inhibiteurs nucléosidiques
 - Recommandé uniquement si fulminante
 - 3TC: efficacité incertaine
 - Recommandés: entécavir/ténofovir
- Durée du ttt
 - 3 mois après séroconversion HBs
 - > 6 mois séroconversion HBe

VHB/VIH

Observée chez 48% des patients tunisiens

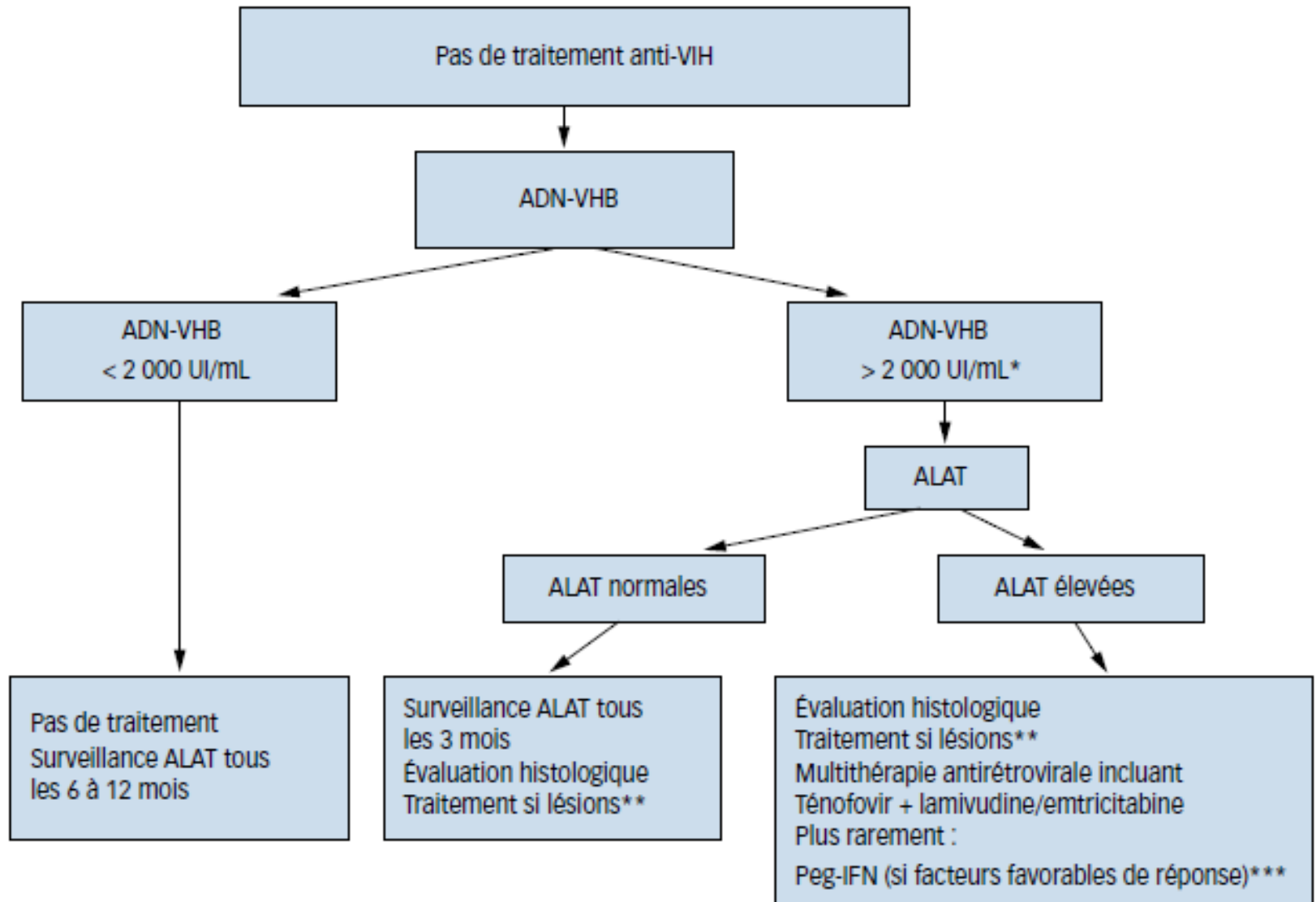
Caractéristiques

- VIH:
 - Aggrave pronostic hépatite B
 - Augmente réplication VHB
 - Augmente risque passage chronicité
 - Diminue séroconversion Hbe ou HBs
 - Augmente risque réactivation chez porteur inactif
 - Accélère progression fibrose, cirrhose, CHC
- HAART aggrave hépatite B (restauration immune)
- VHB: augmente mortalité globale

Indications

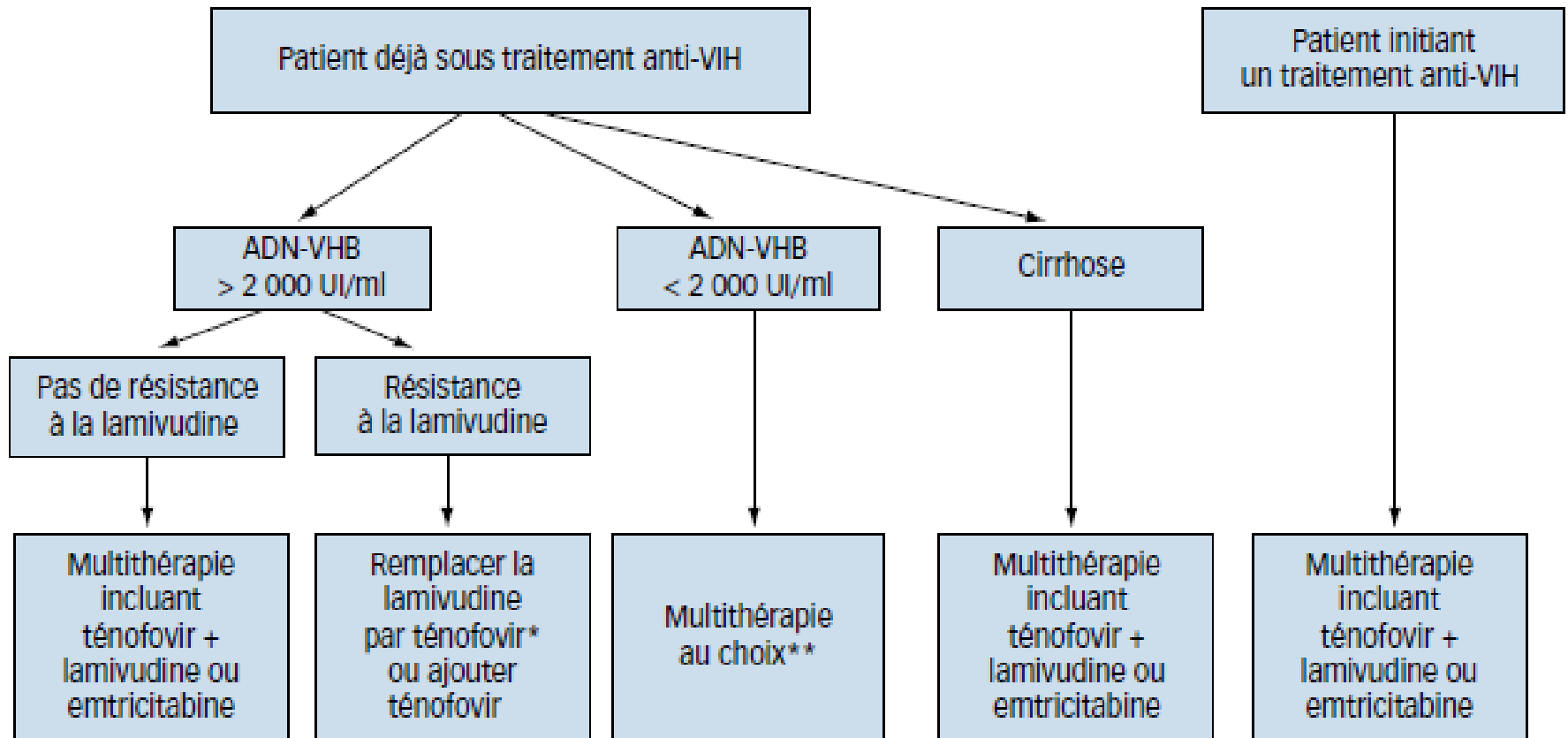
- // VIH négatif
- 3TC, entécavir, emtricitabine et ténofovir: VIH et VHB
 - ☞ pas en monothérapie contre VHB/VIH+
- Adéfovir et telbuvidine: VHB seul
 - ☞ à débiter en premier si pas d'indication ARV

Figure 4. Stratégie thérapeutique chez les patients sans indication de traitement anti-VIH (voir chapitre «Traitement»)



Adéfovir + telbivudine contre VHB

Figure 5. Stratégie thérapeutique chez les patients ayant une double indication VIH-VHB



VHB/VHD

- Confirmer
 - ARN VHD
 - Ag VHD
 - IgM anti VHD

- Traiter VHD
 - INF-alpha: seule option
 - CVP à S24: évaluer efficacité
 - Durée > 1 an

VHB/VHC

- ADN VHB bas ou ~ nul
 - ☞ ttt VHC: INF-ribavirine
- RVS // VHC seul
- Risque réactivation VHB pendant ou après élimination VHC
 - ☞ inhibiteur nucléosidique

VHB enfant

- 90% passage chronicité (mère-enfant)

- Maladie bénigne, ADN+++

- Options

- INF-alpha conventionnel
- Peg-INF-alpha selon poids
- 3TC
- Adéfovir

Evalués;
sécurité, efficacité // adulte

- Entécavir > 15 ans

- Cytolyse/PBF+++

VHB / agent de santé

- Conditions
 - risque transmission nosocomiale ++/ chirurgien
 - AgHBs+
 - ADN ≥ 2000 UI/ml
- Ttt: entécavir/ténofovir
- Objectif
 - Négativer ADN
 - ADN < 2000 UI/ml

VHB / femme enceinte

- Risque aggravation hépatite après accouchement
- Ag HBs + virémie élevée
 - ☞ 3TC au 3^{ème} trimestre + Ig + vaccin né
 - ☞ diminue risque transmission intra-utérine et périnatale
- Molécules
 - Ténofovir
 - Ténofovir/emtricitabine
 - Ténofovir/entécavir

Avant chimiothérapie/immunosuppresseurs

Traitement pré-emptif

- Rituximab +/- corticoïdes: risque réactivation ++
- Précautions avant CTh, Imsup
 - Sérologie VHB
 - Si Ag HBs + ☞ CVP VHB
- Inhibiteur nucléosidique sans regard CVP
 - Pendant CTh
 - 12 mois après arrêt
- Molécules
 - 3TC: la plus utilisée
 - Entécavir/ténofovir si CVP élevée

VHB/dialysé et greffé du rein

- Ténofovir: néphropathie interstitielle
- Adéfovir altère fonction greffon
- Entécavir: choix optimal
- 3TC selon clairance créatinine

Tableau 3. Adaptation de la posologie et du rythme d'administration des analogues nucléosi(ti)diques en fonction de la clairance de la créatinine selon les RCP

		Clairance de la créatinine (mL/min)					
		> 50	30-49	10-29		< 10	Hémodialyse
Adéfovir		10 mg/j	10 mg/2j	10 mg/3j		-	10 mg/7j*
Ténofovir		245 mg/j	245 mg/2j	245 mg/3-4j		-	245 mg/7j*
Lamivudine (LAM)		100 mg/j	50 mg/j**	15-29 25 mg/j**	5-14 15 mg/j**	<5 10 mg/j**	10 mg/7j*
Telbivudine		600 mg/j	600 mg/2j	600 mg/3j			600 mg/7j*
Entécavir	Naïf	0,5 mg/j	0,25 mg/j**	0,15 mg/j**	0,05 mg/j***		
	Lam-R	1 mg/j	0,5 mg/j**	0,3 mg/j**	0,1 mg/j***		

*Après dialyse. ** Solution buvable.

VHB/manifestations extra-hépatiques

- Moins pourvoyeuse que VHC
- Vascularites++
- Indication ttt comme sans manifestations EH
- Molécules
 - 3TC
 - Entécavir
 - Ténofovir
- Plasmaphérèse + inhibiteurs nucléosidiques

Conclusion

- Pathologie fréquente en Tunisie
- Liée à des clusters familiaux

- Vaccination efficace
- Vérifier la réponse anticorps
 - Avant mariage
 - Avant travail à risque
 - Avant grossesse

- Traitement actuellement bien codifié, long, coûteux
- Traiter VHB avant VIH
- Ne pas traiter forme aigue sauf la fulminante