

Une responsabilité partagée

# Suivi après un traitement réussi de l'hépatite C

Dr méd. Patrick Schmid

Klinik für Infektiologie/Spitalhygiene, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

## Introduction

Les hépatites virales B et C ont bénéficié d'une attention accrue au cours de la dernière décennie, car elles font partie des principales causes de mortalité par infection à travers le monde. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini des objectifs stratégiques, notamment une réduction de 90% des nouvelles infections et une diminution de 65% de la mortalité liée aux hépatites d'ici 2030 [1].

En Suisse, c'est l'association «Hépatite Suisse», qui rassemble des professionnels engagés des domaines de l'hépatologie, de l'infektiologie et de la médecine de l'addiction, qui s'est chargée de développer une stratégie nationale pour atteindre ces objectifs. Dans une première étape, les efforts se sont concentrés sur la détection et le traitement réussi de ces infections souvent asymptomatiques ou oligosymptomatiques. Les patients et le corps médical y ont été sensibilisés. La suite logique est à présent publiée dans ce numéro du *Forum Médical Suisse*, à savoir une recommandation pour le suivi des patients ayant une hépatite C guérie [2].

## Progrès énormes dans le diagnostic et le traitement

Le risque de décéder des conséquences de l'hépatopathie (insuffisance hépatique, hémorragie variqueuse, carcinome hépatocellulaire [CHC]) est d'autant plus important que le degré de fibrose hépatique est élevé. Voilà qui est banal, mais important! Déjà à l'époque des traitements à base d'interféron, l'indication thérapeutique était posée sur la base d'une stratification du risque. Initialement, cette stadification de la fibrose s'effectuait au moyen d'une biopsie hépatique. Les méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose hépatique ont été étudiées intensivement. Ce faisant, la mesure de la rigidité du foie par élastographie (Fibroscan®) s'est révélée être le meilleur procédé non invasif [3, 4]. Lorsque cette modalité n'est pas disponible, il est alternativement possible d'utiliser des biomarqueurs sériques, comme par exemple le FIB-4 (Fibrosis-4 index),

qui est simple à calculer. La biopsie hépatique a ainsi fréquemment été remplacée dans la pratique clinique quotidienne.

L'hépatite C est curable! Le traitement a été révolutionné au cours des dernières années. Depuis 2014, nous nous trouvons dans la nouvelle ère du traitement sans interféron. Ce dernier dure moins longtemps (2–3 mois), est quasiment dénué d'effets indésirables et s'accompagne d'un taux de guérison avoisinant les 100%. En raison de ses coûts élevés, il a dans un premier temps été réservé aux patients avec une indication urgente, à savoir une cirrhose ou une fibrose avancée, en Suisse (comme dans de nombreux autres pays). Depuis octobre 2017, il est cependant possible de traiter tous les patients, indépendamment du degré de fibrose. La stadification de la fibrose avant l'initiation du traitement reste toutefois essentielle, car l'intensité du suivi dépend du degré de fibrose hépatique préexistante.

## Hépatite C guérie – et après?

### Réinfection

L'absence de mise en évidence de l'acide ribonucléique du virus de l'hépatite C (ARN du VHC) dans le sang 12 semaines après la fin du traitement (réponse virologique soutenue à 12 semaines [RVS12]) indique avec un haut degré de certitude une guérison de l'hépatite C. Une réapparition de l'ARN du VHC par la suite est le plus souvent un signe de réinfection, car les rechutes tardives sont extrêmement rares. Des études ont montré un risque de réinfection pertinent de 1–8% pour les personnes à risque accru (consommation de drogues par voie intraveineuse [5], hommes co-infectés par le VIH ayant des rapports sexuels avec des hommes). Les phases de reprise de consommation de drogues, même après une abstinence prolongée, sont fréquentes et font partie de la toxicomanie. Il n'est pas rare que les rechutes de consommation de drogues soient dissimulées, car beaucoup de personnes touchées éprouvent des sentiments de culpabilité. Une évaluation régulière du risque de réinfection est dès lors essentielle.



Patrick Schmid

### Dépistage du carcinome hépatocellulaire

Le CHC est une tumeur fréquente, dont l'incidence est en augmentation. D'après l'OMS, il occupe désormais à l'échelle mondiale le deuxième rang des causes de décès par cancer. L'hépatite C chronique est associée à un risque 15 à 20 fois plus élevé de développer un CHC. En cas de cirrhose hépatique, le taux annuel de développement d'un CHC s'élève à 3,5% (1–8%). Même lorsque l'hépatite C est définitivement guérie, le risque de cancer hépatique reste accru chez les patients avec fibrose avancée et cirrhose, et ce durant plus de dix ans [6]. Une échographie hépatique semestrielle est recommandée chez ces patients, car le CHC ne provoque en général que tardivement des symptômes. Le pronostic dépend toutefois largement de la taille de la tumeur au moment du diagnostic, un traitement curatif étant uniquement possible au stade précoce.

### Mode de vie

L'élimination réussie du virus ne s'accompagne pas toujours d'une régression de la fibrose. La consommation régulière d'alcool, les habitudes alimentaires malsaines et le manque d'activité physique sont probablement les principaux facteurs de risque de progression de la fibrose. En particulier l'ivresse ponctuelle («binge drinking») est associée à une morbidité et mortalité d'origine hépatique accrues, comme l'a révélé une récente étude réalisée dans le cadre de l'Etude suisse de cohorte VIH (SHCS) [7]. La stéatohépatite non alcoolique est déjà devenue une maladie de civilisation. Même si des médicaments seront disponibles à l'avenir pour la traiter, un changement de comportement est en premier lieu indiqué. Les médecins de famille ont un rôle tout à fait primordial à jouer à cet égard. D'après mon expérience, il est souvent difficile de maintenir un programme de suivi sur une longue du-

rée. Nous l'avons également constaté dans l'Etude suisse de cohorte Hépatite C (SCCS), où le taux d'abandon est relativement élevé [8]. Il serait toutefois trop facile de faire peser la responsabilité du suivi exclusivement sur les épaules des patients. Pour un suivi efficace à l'issue du traitement, il faut des lignes directrices claires (vous les trouverez dans ce numéro), ainsi qu'une bonne concertation concernant la compétence entre les médecins des disciplines spécialisées et la médecine de premier recours.

### Disclosure statement

L'auteur n'a pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

### Références

- 1 OMS. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016–2021. Genève: Organisation mondiale de la santé, 2016.
- 2 Bobzin C, Bösigler C, Bruggmann P, Cerny A, Fraga Christinet M, Keiser O, et al. Recommandations pour le suivi des patients atteints d'hépatite C guérie. *Forum Med Suisse*. 2021;21(11–12): 184–6.
- 3 Schmid P, Bregenzer A, Huber M, Rauch A, Jochum W, Müllhaupt B, et al. Progression of Liver Fibrosis in HIV/HCV Co-Infection: A Comparison between Non-Invasive Assessment Methods and Liver Biopsy. *PloS one*. 2015;10(9):e0138838.
- 4 European Association for the Study of the Liver. EASL-recommendations on treatment of hepatitis C. *J Hepatol*. 2020;73(5):1170–218.
- 5 Hajarizadeh B, Cunningham EB, Valerio H, Martinello M, Law M, Janjua NZ, et al. Hepatitis C reinfection after successful antiviral treatment among people who inject drugs: A meta-analysis. *J Hepatol*. 2019;72(4):643–57.
- 6 Ioannou GN, Feld JJ. What are the benefits of a sustained virologic response to direct-acting antiviral therapy for hepatitis C virus infection? *Gastroenterology*. 2019;156:446–60.e2.
- 7 Surial B, Bertholet N, Daeppen JB, Darling KEA, Calmy A, Günthard HF, et al., The Swiss Hiv Cohort Study. The Impact of Binge Drinking on Mortality and Liver Disease in the Swiss HIV Cohort Study. *J Clin Med*. 2021;10(2):295.
- 8 Prasad L, Masserey Spicher V, Zwahlen M, Rickenbach M, Helbling B, Negro F, Swiss Hepatitis C Cohort Study Group. Cohort Profile: the Swiss Hepatitis C Cohort Study (SCCS). *Int J Epidemiol*. 2007;36(4):731–7.

Correspondance:  
Dr méd. Patrick Schmid  
Leitender Arzt  
Klinik für Infektiologie/  
Spitalhygiene  
Kantonsspital St Gallen  
Rorschacher Str. 95  
CH-9007 St. Gallen  
patrick.schmid[at]kssg.ch