

L

es hépatites chez l'hémodialysé

M. CHANAS, Néphrologie - D. OUZAN, Hépatologie - *Institut Arnault TZANCK - ST LAURENT DU VAR*

Les deux virus les plus fréquemment en cause chez l'hémodialysé sont le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus de l'hépatite C (VHC). Le déficit immunitaire lié à l'insuffisance rénale explique la fréquence de l'évolution chronique de ces infections. Néanmoins, ces infections virales ne sont pas responsables d'une mortalité accrue chez les hémodialysés.

LE VIRUS DE L'HEPATITE B

Lors d'une infection par le virus B, **le risque de passage à la chronicité** estimée à 5% chez le sujet sain, atteint 30% chez l'hémodialysé.

L'antigène HbS, l'antigène Hbe et l'ADN du virus B ou l'ADN polymérase permettent de distinguer **deux stades dans l'hépatite chronique** : le *stade de multiplication virale* (antigènes HbS et Hbe positifs, ADN du virus B et/ou ADN polymérase positifs) et le *stade sans multiplication virale* (antigène Hbe négatif, ADN viral et ADN polymérase négatifs). Le stade de multiplication virale correspond à des lésions histologiques variables, (lésions minimales, hépatite chronique persistante, hépatite chronique active avec ou sans cirrhose).

L'étude des lésions histologiques chez l'hémodialysé pose le problème de l'obtention d'une biopsie hépatique, du fait des troubles de l'hémostase, parfois non détectables par les tests classiques. La biopsie hépatique par voie transjugulaire est réalisable sans risque hémorragique, contrairement à la biopsie transpariétale. Son indication est actuellement réservée aux patients porteurs d'une hépatite B en phase de réplication et susceptibles d'être inscrits sur un listing de transplantation; en effet, l'existence d'une cirrhose avant la greffe, expose le patient greffé, soumis à un traitement immunosuppresseur, à un risque de décompensation hépatique.

Le véritable **traitement de l'hépatite B** chez le dialysé doit être préventif et repose sur la vaccination. Deux types de vaccins issus du génie génétique ont remplacé les vaccins issus du plasma : - l'un est issu de la levure (ENGERIX B)
- l'autre de cellules de mammifères (GEN HEVAC B).

La vaccination du personnel soignant est remarquablement efficace puisqu'elle induit une immunisation dans 90% des cas. Par contre, la vaccination chez l'hémodialysé, par le protocole standard (0,1, deux mois) ne permet d'obtenir une réponse que dans 50 à 60% des cas. C'est la raison pour laquelle dans notre Centre, un protocole de vaccination renforcée (en multipliant les injections et/ou en doublant les doses de vaccin) a été mis en place.

L'efficacité de la vaccination, appréciée sur un contrôle des Anticorps HbS, un mois après l'injection, a été jugée sur l'obtention d'un taux d'anticorps supérieur à 50 UI/l.

Parmi nos patients vaccinés, seulement 8% sont non-répondeurs à la vaccination. Il faut bien entendu souligner que les insuffisants rénaux chroniques doivent être vaccinés bien avant la prise en charge en hémodialyse; en effet, la réponse à la vaccination est apparue clairement liée à l'âge et au degré de gravité de l'insuffisance rénale.

LE VIRUS DE L'HEPATITE C

Après quinze ans d'efforts infructueux, le plus fréquent des virus non A non B à transmission parentérale a été identifié par des techniques de biologie moléculaire.

Une protéine C100 a été repérée puis utilisée comme cible dans les tests ELISA de première génération. Nous avons été les premiers à utiliser ce test chez notre population d'hémodialysés, en septembre 1989, et la prévalence du V.H.C. était de 28,3%.

D'autres protéines virales (C22, C33, N5) ont été ensuite identifiées et utilisées pour les tests de deuxième et troisième génération.

Des tests de validation, dont le RIBA, permettent de distinguer la nature de l'anticorps présent (C22, C33, C511, C100 et N5). Lorsque deux anticorps sont présents le test est positif, il est indéterminé s'il n'y a qu'un anticorps. Une deuxième étude, faite dans le service en avril 1992, a montré que chez 53 patients VHC positifs en ELISA, seuls 39 patients étaient positifs en RIBA, 13 étaient indéterminés et 1 était négatif. Trois d'entre eux étaient porteurs d'une cirrhose du foie, comme l'attestait la présence de varices œsophagiennes.

Actuellement, **la prévalence du VHC** est de 40,7% dans notre centre. Il est incontestable de noter la progression du VHC, mais on peut supposer que tous les patients positifs n'avaient pas été détectés par les tests dits "de première génération" en 1989.

Le contrôle régulier des transaminases pendant les vingt derniers mois a montré qu'il existait une cytolysse permanente chez 27% des patients VHC positifs, alors que plus de la moitié d'entre eux avait des transaminases strictement normales. Chez ces malades, le statut de l'infection virale ne pourra être définie que par une étude de la virémie, et c'est tout l'intérêt d'un nouveau test de quantification virale : le BDNA, dont l'évaluation est actuellement en cours dans notre service.

Enfin, on **distingue maintenant plusieurs génotypes du virus C**. Ces génotypes sont différents par plusieurs séquences d'acides aminés et déterminent chacun une souche virale particulière. L'étude de ces génotypes, en cours chez nos patients dialysés, permettra de mieux comprendre l'épidémiologie de l'infection virale afin d'aboutir à une meilleure prévention.