

H

épatites.

Dr DUPUY - Néphrologue.

Hémodialyse - PAMIERS.

TOXIQUES

1) ALCOOL

2) MÉDICAMENTEUSES

- Antibiotiques: Rifampicine. PAS
Sulfamides. Tétracyclines
- Aspirine. Paracétamol.
- Barbituriques. Neuroleptiques.
IMAO. Holothane.
- Pindione. Androgènes. Antithyroïdiens.

3) PROFESSIONNELLES

- Solvants
- Chimie

BACTÉRIENNES

- Typhoïde. Leptospirose.
- Pneumocoque. Streptocoque.
- Anaérobie: Perfringens. Bactéroïdes.

VIRALES

- HAV, HBV, HCV, HDV, HEV
- Herpès, Mononucléose Infectieuse.
- CMV, EBV
- Fièvre Jaune.

HÉPATITES VIRALES

MÉCANISMES

Mécanisme immunitaire:

- soit immunité hormonale: toxicité des complexes immuns circulants.
- soit immunité cellulaire: agression initiale des hépatocytes par l'AG. Puis activation des lymphocytes T et B toxique pour les hépatocytes.

Cette réaction immunitaire va dépendre:

- de la virulence du virus en cause
- du terrain de l'hôte.

CLINIQUE

- 1) Classique 3 Phases - pré-ictérique
- ictérique
- régression
- 2) Formes Cliniques
 - anictérique +++
 - cholostatique
 - fulminante → insuffisance hépatique.

ÉVOLUTION

- 1) Hépatite prolongée → 3 mois
- 2) Hépatites Chroniques → PBF
Risque: cirrhose
hépatocarcinome

TRAITEMENT

- 1) Préventif
- 2) Curatif.

HÉPATITE A

- Virus HAV → AC anti HAV
- Transmission eau (huîtres). Inoculation par voie orale.
- Présent dans les selles.
- Incubation 1 mois.
- Cliniquement seulement 1 cas sur 3.
- Durée 3 semaines.
- Jamais de forme chronique.

PRÉVENTION

- Éviter la contamination
- Vaccination HAVRIX 2 injections IM à un mois d'intervalle. Rappel un an après.
- Immunoglobulines standards.

HÉPATITE B

• CONTAGION

- Sang et dérivés. Salive
 - Sexuelle
 - Mère - Enfant
- } Virus très résistant

• INCUBATION

- 50 à 200 jours.

• PRÉVENTION

A) Vaccination

- 1) Malades normaux: 3 injections
IM + rappel

- 2) Malades Insuffisants Rénaux: vacciner le plus tôt possible, sinon protocoles renforcés ou allongés.

B) Immunoglobulines Spécifiques.

• TRAITEMENT DE L'HÉPATITE CHRONIQUE - PBF

- Interféron alpha: 3 injections/semaine
5 millions U → 6 mois
- Vidarabine (risque de neuropathie):
IM ou IV toutes les 12 heures durant
28 jours.

• TRAITEMENT D'HÉPATITE FULMINANTE AVEC INSUFFISANCE HÉPATIQUE

Transplantation hépatique.

MARQUEURS DE L'HÉPATITE B

Ag HBs: antigène de surface AC anti HBs

Ag HBc: antigène central AC anti HBc

Permet de différencier:

- porteur sain et malades
- anciens malades et vaccinés

Ag HBe: répllication virale AC anti HBe
+ DNA viral

Vaccination: apports d'Ag HBs inactifs
AC anti HBs

	AG HBs	AG HBe	AC anti HBc	AC anti HBe	AC anti HBs	AC anti D	DNA viral	Transaminases
Porteur sain	+	-	-	-	-	-		-
Infection guérie	-	-	+	+	+	-		-
Hépatite aigüe précoce	+	+	-	-	-	-		++
Hépatite avec réplication virale	+	+	+	-	-	-	+	+
Hépatite chronique	+	+	+	-	-	±	+	±
Porteur chronique	+	-	+	+	-	-	-	-
Vacciné	-	-	-	-	+	-	-	-
Infection HDV	+	-	+	+	-	+		±

HÉPATITE C

Virus HCV (anciennement non A non B)
ARN

CONTAMINATION

- Sang
- Parfois sexuelle
- Souvent inconnue (1/2 cas)

CLINIQUE

- Incubation 5 à 45 jours
- 90% asymptomatique

DIAGNOSTIC Transaminite

Surtout AC anti HCV mais qui apparaissent après le 3^{ème} mois :

- soit méthode ELISA
- soit test RIBA (si douteux) mise en évidence de l'ARN viral par PCR (technique d'amplification enzymatique).

ÉVOLUTION

- 50% chronicité dont 50% vont évoluer vers la cirrhose.
- Risque d'hépatocarcinome

TRAITEMENT

INTERFÉRON ALPHA

- 3 millions Unités x 3 par semaine durant 6 mois
- 50% de guérison mais rechute à l'arrêt.

HÉPATITE D

- Virus HDV (ARN). Surtout au Moyen-Orient.
- Surtout chez les porteurs du HBV :
 - soit transmission de manière concomitante,
 - soit surinfection.

- Souvent grave

- soit hépatite aigüe → fulminante
- soit chronicité → cirrhose

- Sérologie AC anti HDV

PRÉVENTION

Vaccination hépatite B.

VIRUS E

- Surtout en Extrême Orient et Afrique du Nord.
- Transmission entérale (selles, bouche).
- Hépatite bénigne sauf durant la grossesse → risque Hépatite Fulminante.

CMV

Expression clinique chez le

Transplanté : très variée.

- soit asymptomatique,
- soit fièvre au long cours
 - hématologique : neutropénie, thrombopénie
 - digestifs : hépatite, gastrite, entérocologie, pancréatite
 - pneumonie
 - myocardite, péricardite
 - cystite.
- 1^{ère} cause : infectieuse en transplantation.
- { gravité pneumopathie
délétère pour greffon.

ORIGINE

- soit réactivation d'un virus endogène chez le receveur (intérêt des transfusions sans CMV).
- soit infection exogène : tissu greffé, sang transfusé.

DÉTECTION

- AC anti CMV → surtout type IgG mais tardif.
- mise en évidence des antigènes viraux sur les cellules (cytologie ou histologie) : rapide 24 H, spécifique et sensible.
- mise en évidence du DNA viral par PCR.
- test de Coombs leucocytaire → 3 H (Immunoglobulines fixées à la surface des polynucléaires).

TRAITEMENT

- 1) Préventif - sang transfusé - greffon.
- 2) Prophylactique : Gammaglobulines Polyvalentes très controversé.
- 3) DHPG soit monothérapie, soit associé aux Gammaglobulines. GANCICLOVIR ou CYMEVAN.
 - Traitement efficace si tôt et si pas de pneumonie grave.
 - 5 mg/kg x 2/24 H en perfusion de 1 H, si fonction rénale normale, durant 14 jours.

Faut-il conserver les traitements immunosuppresseurs dans les formes graves ?

En cas de contamination

- Se laver les mains dans l'eau + javel.
- Déclaration.
- Bilan initial Ag HBs, AC anti HBs, AC anti HCV, transaminases.
 - puis sérologie HCV 1, 2, 3 et 6 mois.
 - si soignant vacciné HBV : 1 rappel non vacciné ou non répondeur : 500 UI Immunoglobulines Spécifiques + Vaccination.
- Suivi sérologique Ag HBs et AC anti HBc 1, 2, 3 et 6 mois.