L'infection au virus de l'hépatite C

Normand Lapointe, MD

Co-investigateurs : Steven Martin, MD, Véronique Pelletier, MD, Eve Roberts, MD, Richard Schreiber, MD, Lesley Smith, MD

Introduction

L'infection au virus de l'hépatite C (VHC) se situe juste après la consommation chronique d'alcool comme principale cause de cirrhose, d'insuffisance hépatique en phase terminale et d'hépatocarcinome. C'est aussi l'indication la plus fréquente de transplantation hépatique en Europe et en Amérique du Nord. Jusqu'à présent, près de 3 % de la population mondiale est infectée par le VHC. La prévalence de l'infection oscille entre 0,5 % et 2 % dans la majorité des pays occidentaux et est évaluée à 0,8 % au Canada. Le VHC se transmet par le sang contaminé, notamment par l'utilisation de drogues injectables. Il est aussi transmissible de la mère à l'enfant. Dans ce cas, le taux de transmission se situe alors entre 5 % et 20 %, mais il varie selon la présence ou l'absence de certains cofacteurs (notamment la co-infection maternelle par le VIH) ou de certaines pathologies.

Épidémiologie

L'incidence d'infection au VHC est plus élevée chez les 20 à 30 ans, qui incluent la majorité des femmes en âge de procréer. Une extrapolation faite à partir des données démographiques canadiennes permet de croire qu'une femme qui accouche sur 120 au Canada serait infectée par le VIH. Le criblage du sang, en place depuis mai 1990 (au moyen d'un test de première génération), s'est amélioré avec l'adoption de tests de détection du VHC de deuxième génération en 1992, puis d'un test des acides nucléiques en novembre 1999. Aujourd'hui, le risque de transmission du VHC par transfusion de sang est donc très faible. Le risque résiduel est inférieur à 1 cas pour 100 000 unités transfusées. D'un point de vue épidémiologique, l'importance relative de la transmission du VHC de la mère à l'enfant augmentera donc progressivement et deviendra la principale source d'acquisition du VHC par les nouveau-nés. La séroprévalence du VHC dans la population pédiatrique américaine est de 0,2 % avant l'âge de 12 ans, et elle passe à 0,5 % entre 12 et 19 ans. Cependant, la plupart des études sur l'infection au VHC portent sur des enfants ayant reçu des transfusions sanguines et des produits sanguins.

Portrait clinique

L'histoire naturelle de l'infection acquise par transmission maternelle demeure cependant peu documentée et peu comprise. La maladie semble plus bénigne chez

l'enfant. Pour la plupart des enfants, l'évolution clinique se caractérise par un taux d'aminotransférases faible ou normal dans près de 50 % à 60 % des cas, par des modifications histologiques hépatiques bénignes et par un plus faible taux de virémie détectée par la PCR-ARN. Il existe pourtant des cas de fibrose hépatique chez les enfants après une évolution de dix ans ou moins. Par ailleurs, dans un pourcentage variable de cas, l'enfant peut éliminer spontanément le virus. La clairance spontanée au fil des ans semble être plus élevée chez les enfants (25 % à 40 %) que chez les adultes.

L'évaluation du VHC en laboratoire

À cause de l'absence ou de la rareté des signes et symptômes de cette maladie chez l'enfant, il faut maintenir une forte présomption de la présence de l'infection au virus de l'hépatite C. L'évaluation en laboratoire de l'enfant né de mère infectée par le VHC devrait être systématique. Cependant, seulement 30 % des personnes infectées connaissent leur statut infectieux. Par conséquent, le nombre de femmes enceintes infectées au sein de la population est sous-estimé, même s'il existe des facteurs de risque identifiables pour acquérir le VHC. Pour l'enfant plus âgé, une opération majeure ou une transfusion de sang ou de produits sanguins effectuée avant mai 1992 justifie un dépistage. De même, à l'adolescence, ce dépistage devrait être effectué chez tous les adolescents dont le style de vie est compatible avec un risque de contamination par ce virus.

Les tests diagnostiques

Deux types de test sont utilisés pour dépister l'infection au virus de l'hépatite C :

1. des tests de mesure des anticorps sériques, au moyen d'un essai immunoenzymatique (EIA) et d'une immuno-empreinte développée par recombinaison génétique (RIBA);
2. un test pour déceler la présence d'acide nucléique du VHC dans le plasma (PCR).

Pour l'enfant de **18 mois ou moins**, la présence d'anticorps maternels de type IgG anti-VHC dans le plasma du nourrisson nécessite l'utilisation de tests qui décèlent l'ARN viral plasmatique à l'aide de techniques de réaction en chaîne de la polymérase (PCR). En raison de la très faible sensibilité de la PCR en période néonatale, il faut attendre quatre à six semaines de vie pour entreprendre le dépistage.

Ces tests, diagnostiques d'une infection au VHC active ou résolue chez l'enfant de **18 mois ou plus**, sont d'une sensibilité de 97 % et d'une spécificité de 95 %. Une recherche du VHC-ARN sera nécessaire pour confirmer la présence d'une infection active.

Compte tenu de la rapide évolution du mode de prise en charge de cette maladie, il est recommandé qu'un enfant infecté par le VHC soit aiguillé vers un centre de soins tertiaires ayant une expertise dans l'infection pédiatrique au VHC. Selon les directives et les recommandations cliniques canadiennes actuelles, les enfants infectés par le virus de l'hépatite C ne devraient **pas** être traités, sauf dans le cadre d'essais cliniques.

L'infection au virus de l'hépatite C (suite)

Bibliographie

1. Alter MJ. Epidemiology of hepatitis C. *Hepatology* 1997;26 (suppl 1): 62S-65S.
2. Canada Communicable Disease Report, Health Canada. Hepatitis C, prevention and control: A public health consensus, ISSN 1188-4169, volume 25S2, June 1999: 1-22.
3. Ceci O, Margiotta M, Marello F, Francavilla R, Loizzi P, Francavilla A, Mautone A, Impedovo L, Ierardi E, Mastroianni M, Bettocchi S, Selvaggi L. Vertical transmission of hepatitis C virus in a cohort of 2,447 HIV-seronegative pregnant women: A 24-month prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001; 33: 570-5.
4. Jonas MM. Hepatitis C Infection in children. *N Engl J Med* 1999; 341: 912-3.
5. European Pediatric Hepatitis C Virus Infection Network, Tovo PA, Pembrey LJ, Newell ML. Persistence rate and progression of vertically acquired hepatitis C infection. *J Infect Dis* 2000; 181: 419-424.
6. Manns MP, McHutchison JG, Gordon SC, Rustgi VK, Shiffman M, Raindollar R, Goodman ZD, Koury K, Ling MH, Albrecht JK, and the International Hepatitis Interventional Therapy Group. Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: A randomised trial. *Lancet* 2001; 358: 958-65.
7. Gibb DM, Goodall RL, Dunn DT et al. Mother-to-child transmission of hepatitis C virus: Evidence of preventable peripartum transmission. *Lancet* 2000; 356: 904-7.
8. Canadian association for study of the liver. Canadian Consensus Conference on the Management of Viral Hepatitis. *Can J Gastroenterol* 2000; 14 suppl B: 5B-20B

RESSOURCES

QUESTIONNAIRE

1. Le pourcentage de la population canadienne infectée par le virus de l'hépatite C est de :

a) 3 %
b) 2 %
c) 0,8 %
d) 0,4 %
e) 0,1 %

2. La transmission mère-enfant du virus de l'hépatite C se situe entre :

a) 60 % et 75 %
b) 40 % et 60 %
c) 25 % et 40 %
d) 5 % et 20 %

3. Le diagnostic d'infection au VHC chez l'enfant de 0 à 18 mois est confirmé par :

a) le dépistage des anticorps anti-VHC confirmé par le RIBA
b) la culture du VHC
c) la technique de réaction en chaîne de la polymérase (PCR) de l'ARN viral

4. La catégorie de population suivante risque le plus d'acquérir l'infection au virus de l'hépatite C :

a) Les chirurgiens
b) Les utilisateurs de drogues injectables
c) Les personnes en garderie qui côtoient un enfant infecté par le VHC
d) Les policiers

5. Les réserves de sang sont criblées depuis mai 1990. Ainsi, le risque actuel d'acquisition de l'infection au VHC à la suite d'une transfusion est de :

a) moins de 1 sur 10
b) moins de 1 sur 100
c) moins de 1 sur 1 000
d) moins de 1 sur 100 000

Réponses : 1-c; 2-d; 3-c; 4-b; 5-d