

# Biothérapie et hépatite virale

## Cas clinique

Dr. Mouni Bensenane

CHU Nancy

Sixième rencontre autour des Maladies  
Inflammatoires Chroniques de l'Intestin

Alger, le 09 novembre 2011

M. B âgé de 18 ans, étudiant en 2<sup>ème</sup> année de médecine

- Tabac (-)
- Alcool (-)
- Activité physique régulière (+)
- Il réalise une sérologie virale : VHB, VHC, VIH

# Résultat de la sérologie

- Ac anti VIH (-)
- Ac anti VHC (-)
- Ag HBs (-)
- Ag HBe (-)
- Ac anti HBc (-)
- Ac anti HBs (-)

→ Le voilà rassuré

→ Mais préfère quand même aller voir son médecin traitant

Que devrait proposer le médecin  
traitant?

1. Rien, la sérologie virale est négative.
2. Expliquer à M.B les risques d'accident d'exposition au sang et lui dire de faire attention
3. Lui recommander de réaliser une sérologie virale régulièrement
4. Le vacciner contre l'hépatite B

1. Rien, la sérologie virale est négative.
2. Expliquer à M.B les risques d'accident d'exposition au sang et lui dire de faire attention
3. Lui recommander de réaliser une sérologie virale régulièrement
4. Le vacciner contre l'hépatite B

# Schéma vaccinal VHB

- **Schéma adapté** incluant 3 doses rapprochées et une 4ème dose 1 an plus tard, proposé lorsque l'immunité doit être rapidement acquise (étudiants non vaccinés des filières médicales et paramédicales, départ imminent pour un séjour prolongé en zone de moyenne ou de forte endémie)
- En **population générale** : un schéma préférentiel en 3 injections, qui respecte un intervalle d'au moins 1 mois entre la 1ère et la 2ème injection, et un intervalle compris entre 5 et 12 mois entre la 2ème et la 3ème injection, est recommandé (par exemple schéma **0, 1, 6 mois**). Au-delà des 3 injections de ce schéma initial, les rappels systématiques de vaccin contre l'hépatite B ne restent recommandés que dans des situations particulières.
- Contrôle de la vaccination à par la présence d'un taux d' **Ac anti HBs positif  $\geq 10$  mUI/mL**

M.B a entendu parler du risque de sclérose en plaque  
et de la vaccination anti VHB....

➔ Il préfère ne pas se faire vacciner....

- M.B obtient son concours et est interne en chirurgie générale.
  - Le médecin du travail du CHU lui recommande de se faire vacciner contre l'hépatite B
- ➔ Cette fois-ci, il accepte

Au bloc, il se pique maladroitement en suturant un patient porteur d'une hépatite B dont voici le résultat biologique:

- ASAT : 32 UI/L
- ALAT : 28 UI/L
  
- Ag HBs (+)
- Ag Hbe (+)
- Ac anti Hbe (-)
- Ac anti HBc (+), IgM (-)
- Ac anti HBs (-)
  
- ADN VHB 6,8 log copies/mL

À quoi correspond le profil  
sérologique du patient?

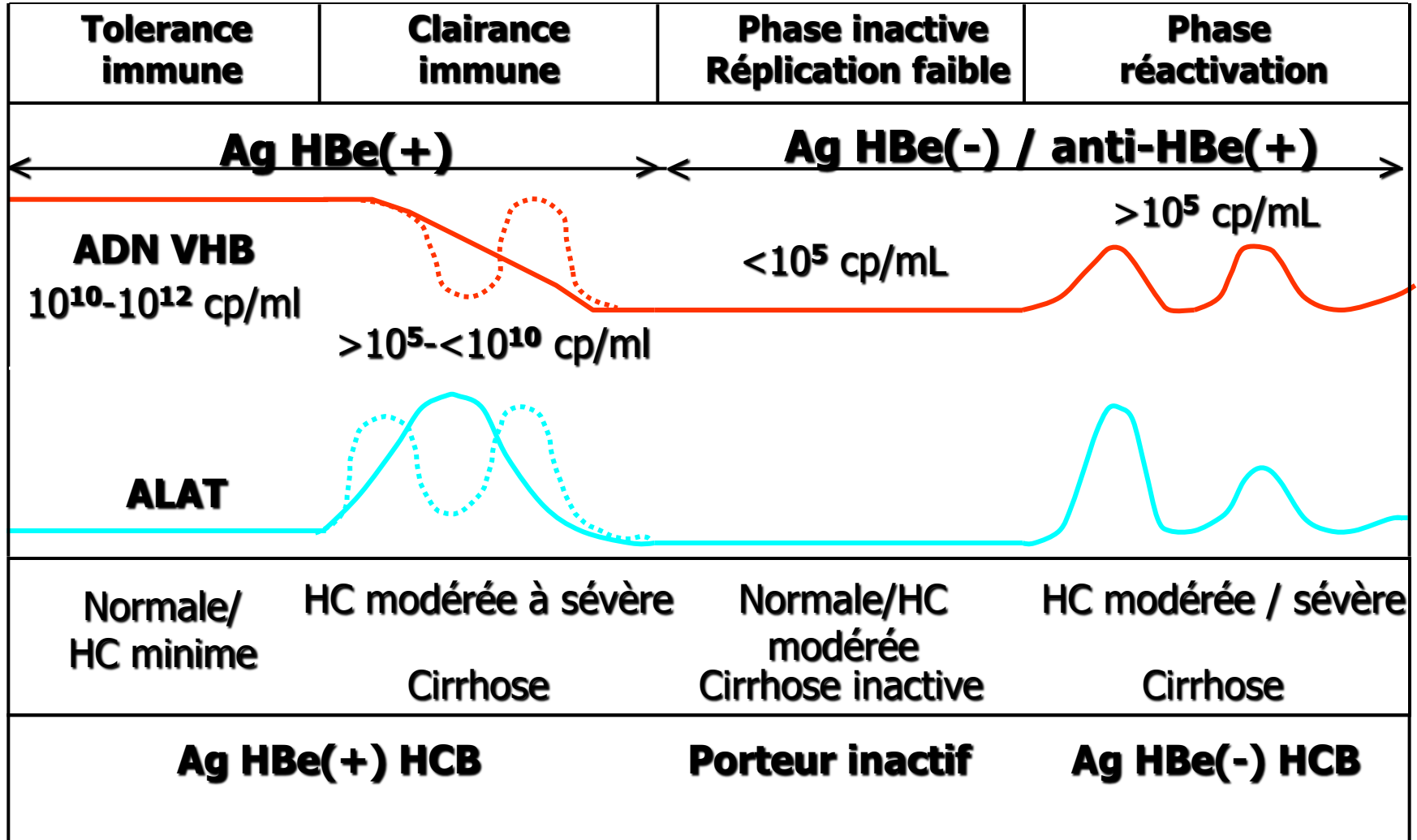
1. Hépatite virale aigue
2. Hépatite virale B chronique, portage inactif
3. Hépatite virale B chronique active, virus sauvage
4. Hépatite virale chronique, immunotolérance

1. Hépatite virale aigue
2. Hépatite virale B chronique, portage inactif
3. Hépatite virale B chronique active, virus sauvage
4. Hépatite virale chronique, immunotolérance

# Immunotolérance

- Cytolyse (-)
  - Ag Hbe (+)
  - Ac anti HBc IgM (-)
  - ADN +++
- ➔ Contagiosité +++

# Histoire naturelle de l'infection chronique VHB



Que doit faire notre interne M.B?

1. Aller vite se faire vacciner contre l'hépatite B
2. Faire un bilan biologique et une sérologie virale à J0 puis tous les 3 mois
3. Faire une déclaration d'accident d'exposition au sang

1. Aller vite se faire vacciner contre l'hépatite B
2. Faire un bilan biologique et une sérologie virale à J0 puis tous les 3 mois
3. Faire une déclaration d'accident d'exposition au sang

# Accident d'exposition au sang

- Prendre contact avec le médecin du travail du CHU
- Réaliser une sérologie virale B
- Injection IM d'IgG anti VHB
- Vaccination anti VHB

Quelques jours plus tard... Voici le résultat de la sérologie virale B :

- Ag HBs (+)
  - Ag Hbe (-)
  - Ac anti Hbe (+)
  - Ac anti HBc (+)
  - Ac anti HBs (-)
- 
- ADN VHB 2,23 log copies /mL

- Interrogatoire, M.B s'est déjà piqué mais ne l'a jamais déclaré.....
- Il présente donc un probable portage inactif du VHB

Que faut-il faire?

1. Bilan hépatique complet
2. Evaluation non invasive de la fibrose hépatique
3. Ponction biopsie du foie
4. Continuer la vaccination
5. Arrêter la vaccination
6. Traitement anti VHB

1. Bilan hépatique complet
2. Evaluation non invasive de la fibrose hépatique
3. Ponction biopsie du foie
4. Continuer la vaccination
5. Arrêter la vaccination
6. Traitement anti VHB

# Compléter par:

- Suivi régulier afin de ne pas méconnaître une hépatite chronique active. 6mois → portage inactif
- Echographie abdominale
- Dépistage familial

M.B a présenté de manière progressive:

- Douleurs abdominales atypiques
- Troubles transit à type de diarrhée inconstante, parfois glaireuse
- Amaigrissement modéré
- Depuis quelques jours, une douleur vive anale avec fièvre et écoulement purulent

- Examen proctologique : abcès de la marge anale
- Examen sous AG : fistule complexe
- Mise à plat de l'abcès et drainage par séton
- Bilan endoscopique → maladie de Crohn de topographie colique gauche avec atteinte anopérinéale
- Indication d'un traitement anti-TNF

## Check list

avant de débuter un traitement anti-TNF $\alpha$  au cours d'une MICI

Nom du patient : .....

Date : .....



**M.B : Portage inactif du VHB**

Que proposer à M.B?

1. Rien, il est porteur inactif du VHB
2. Vaccination VHB\*
3. Surveillance avec bilan hépatique et ADN VHB pendant toute la durée du traitement par infliximab
4. Traitement préemptif par analogue

1. ECCO. Rahier JF, et al. Journal of Crohn's and Colitis. 2009;3:47-91
2. EASL Clinical Practice Guidelines. J Hepatol 2009;50:227-42
3. AASLD. Lok AS et al. Hepatology 2007;29:193-6

1. Rien, il est porteur inactif du VHB
2. Vaccination VHB\*
3. Surveillance avec bilan hépatique et ADN VHB pendant toute la durée du traitement par infliximab
4. **Traitement préemptif par analogue**

1. ECCO. Rahier JF, et al. Journal of Crohn's and Colitis. 2009;3:47-91
2. EASL Clinical Practice Guidelines. J Hepatol 2009;50:227-42
3. AASLD. Lok AS et al. Hepatology 2007;29:193-6

- Revue systématique 257 patients HBV+ traités par anti-TNF (Ag HBs = 89 ; Ac HBc = 168)
- Réactivation VHB = 39 %
- Fréquence de réactivation plus élevée en cas de traitement antérieur (96% vs. 70% ; P = 0,03)
- Fréquence moindre en cas de prophylaxie antivirale (23% vs. 62%, P=0.003).
- Insuffisance hépatique aiguë chez 5 patients (4 décès)
- Réactivation chez patients anti-HBc+, réactivation dans 5% cas (1 décès, hépatite fulminante)

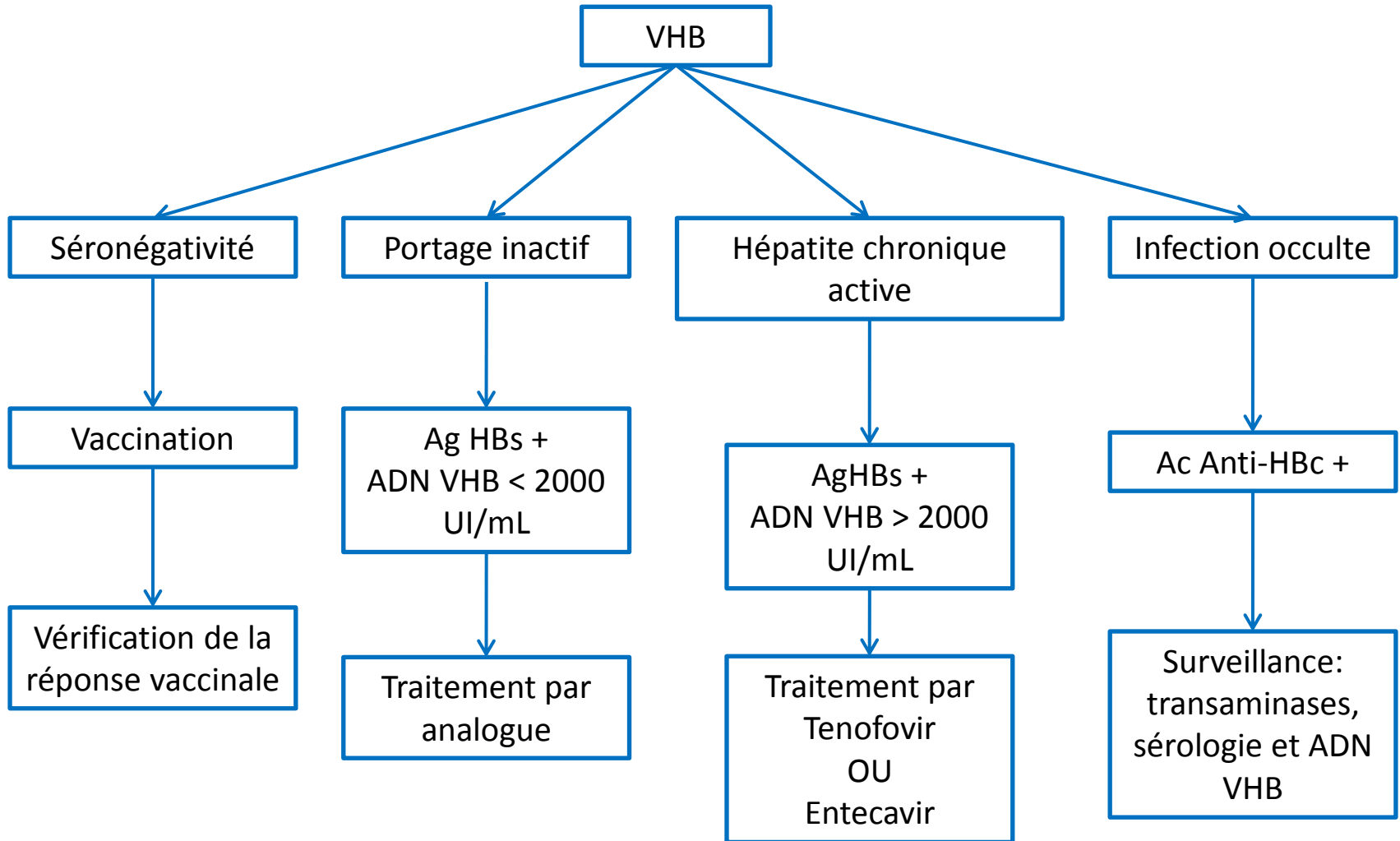
# Portage inactif Ag HBs

- Traitement préemptif par analogue recommandé
- A débiter 2 semaines avant l'immunosuppression
- A poursuivre 6 à 12 mois après l'arrêt de l'immunosuppression
- Lamivudine :
  - Peut être utilisée
  - Préférer des analogues plus puissants si immunosuppression > 12 mois →  
risque de résistance
  - Si ADN VHB faible

ECCO Rahier JF, et al. Journal of Crohn's and Colitis. 2009;3:47-91

EASL Clinical Practice Guidelines. J Hepatol 2009;50:227-42

AASLD. Lok AS et al. Hepatology 2007;29:193-6



# Conclusion

- Profil sérologique avant de débiter une immunosuppression
- VHB: risque de réactivation virale ++, hépatite fulminante et décès → traitement pré emptif
- Vaccination ++