

COMMENT PREVENIR LA RECIDIVE VIRALE C APRÈS LA TRANSPLANTATION HEPATIQUE

Docteur Bruno ROCHE

Centre Hépato-Biliaire
Hôpital Paul Brousse – France

INTRODUCTION

La cirrhose virale C est la première cause de transplantation hépatique (TH) en Europe et aux USA représentant environ 40% des indications. La récidive virale C sur le greffon est presque constante mais avec une évolution variable selon les patients. La progression de la fibrose est plus rapide que chez les sujets immunocompétents avec un risque de cirrhose d'environ 25% à 5 ans et une diminution de survie des patients et des greffons.

Les facteurs déterminant l'évolution de la récidive C sont encore mal connus : immunosuppression, facteurs liés au virus C, au donneur, au receveur. Ces données expliquent l'intérêt d'un traitement antiviral soit pré soit post-greffe afin de prévenir la récidive C post-TH ou de ralentir son évolution.

TRAITEMENT ANTIVIRAL PRÉ-GREFFE

Le traitement anti-viral des cirrhoses C compensées par INTERFERON PEGYLE et RIBAVIRINE permet d'obtenir des taux de réponse virologique prolongée (RVP) d'environ 40-50%.

En cas de cirrhose décompensée, le traitement antiviral est plus difficile et souvent mal toléré. Trois études rapportent cependant des taux de RVP d'environ 20% et une diminution du risque de récidive C post TH. Ces traitements sont à réservé aux patients avec une bonne fonction hépatique et infectés par un virus de génotype non 1.

TRAITEMENT ANTIVIRAL POST GREFFE PRÉCOCE

Le rationnel de ces traitements est de débuter à la phase aiguë de la réinfection du greffon lorsque la charge virale C est plus faible. Ces traitements ont une applicabilité et une tolérance limitée dans la période post-greffe précoce. Les résultats des quelques études disponibles sont décevant en terme d'efficacité antivirale.

TRAITEMENT ANTIVIRAL À DISTANCE DE LA GREFFE

L'indication du traitement repose sur l'évolution de la récidive C et en particulier de la fibrose (fibrose \geq 1-2 selon le score METAVIR).

Les limites des études publiées sont : de faibles effectifs, des populations hétérogènes, souvent monocentriques, non randomisées ce qui rend leur interprétation difficile.

Les traitements par IFN-RIBA permettent d'obtenir des taux de RVP d'environ 25%, les traitements par IFN Pegyle-RIBA des taux de RVP de 30-40%.

La tolérance du traitement antiviral est diminuée par rapport aux populations des patients immunocompétents et le recours aux facteurs de croissance doit être fréquent.

Les facteurs de bonne réponse au traitement sont proches de ceux rapportés pour les patients immunocompétents : génotype non 1, faible charge virale avant le traitement.

CONCLUSION

La récidive virale C est presque constante après la greffe et diminue la survie des patients et des greffons.

Les traitements anti-viraux actuels ont une efficacité limitée et sont mal tolérés. Avant la greffe, on peut proposer un traitement antiviral aux patients infectés par un virus de génotype non 1 ayant une bonne fonction hépatique. Après la greffe, il est nécessaire de pouvoir identifier précocement les patients ayant une évolution sévère qui pourraient bénéficier d'un traitement.

De nombreuses questions restent en suspens : quand débuter le traitement antiviral ? Quels sont les meilleurs schémas thérapeutiques ? Quels sont les facteurs de bonne réponse au traitement ?...