

**Catherine Nizou
Philippe Sogni**

**Cas clinique 1
GHIF 2010**

Cas clinique n°1

1. Homme de 52 ans, né en Turquie et en France depuis 5 ans
2. Bilan pour un prêt immobilier :
 - AgHBs +, Ac antiHBs –, Ac antiHBC +
 - Ac antiVHC – et Ac antiVIH –
 - Bilan hépatique : ASAT 1,5 x N, ALAT 1,8 x N, gGT 3 x N, phosphates alc. N, bilirubine totale 25 µmol/l et conjuguée 5 µmol/l
 - Ionogramme sanguin normal, glycémie 0,98 g/l
 - Cholestérol total 2,64 g/l, triglycérides normaux
 - Poids 89 kg / taille 1,72 m

Q1 : que faites-vous ?

1. Je lui fais un certificat pour qu'il obtienne son prêt
2. Je complète le bilan virologique,... et je le revois dans 3 mois avec un nouveau bilan
3. Je lui fais des tests non-invasifs de fibrose
4. Je lui fais une PBH
5. Je lui propose un traitement
6. Je dépiste (et vaccine) l'entourage

Le bilan a été complété et le patient est revu à 3 mois

	M0	M3
ADN-VHB	2.600 UI/ml	5.800 UI/ml
ALAT	1,8 N	2,1 N

AgHBe – et Ac antiHBe +, Ac antiVHD –

NFS normale, plaquettes 185.000

TP 100 %, albuminémie 40 g/l

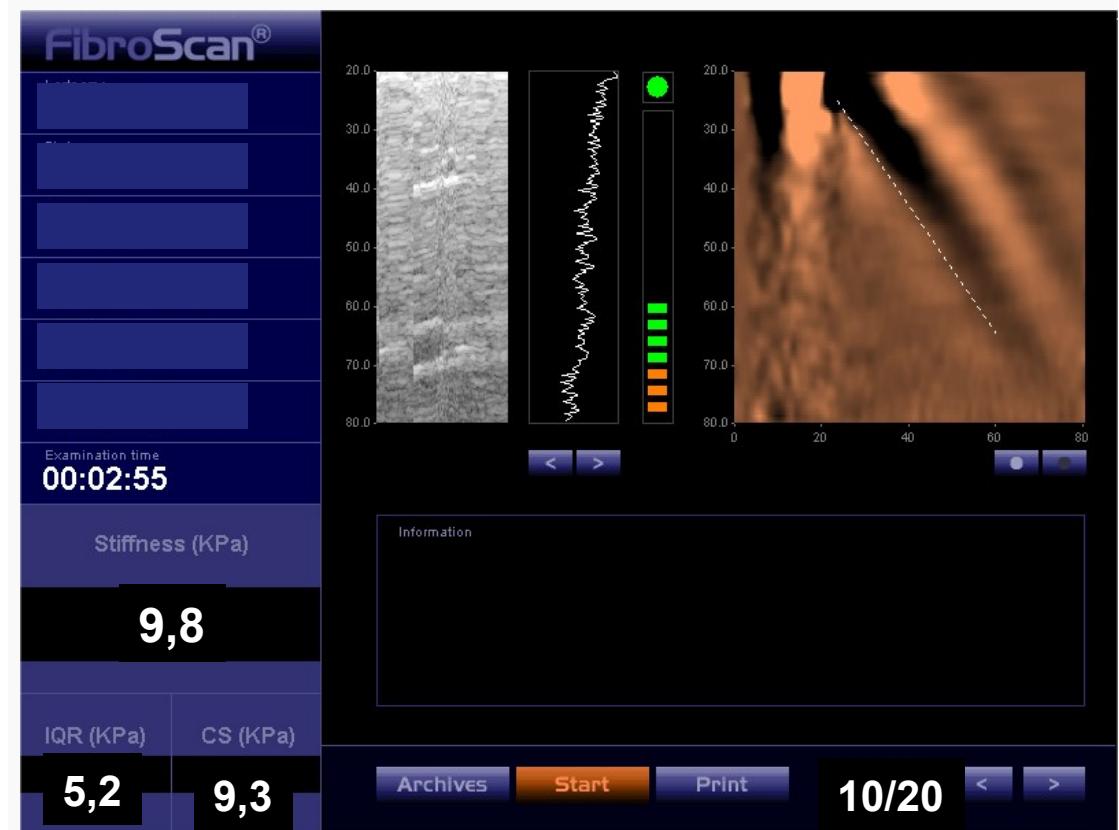
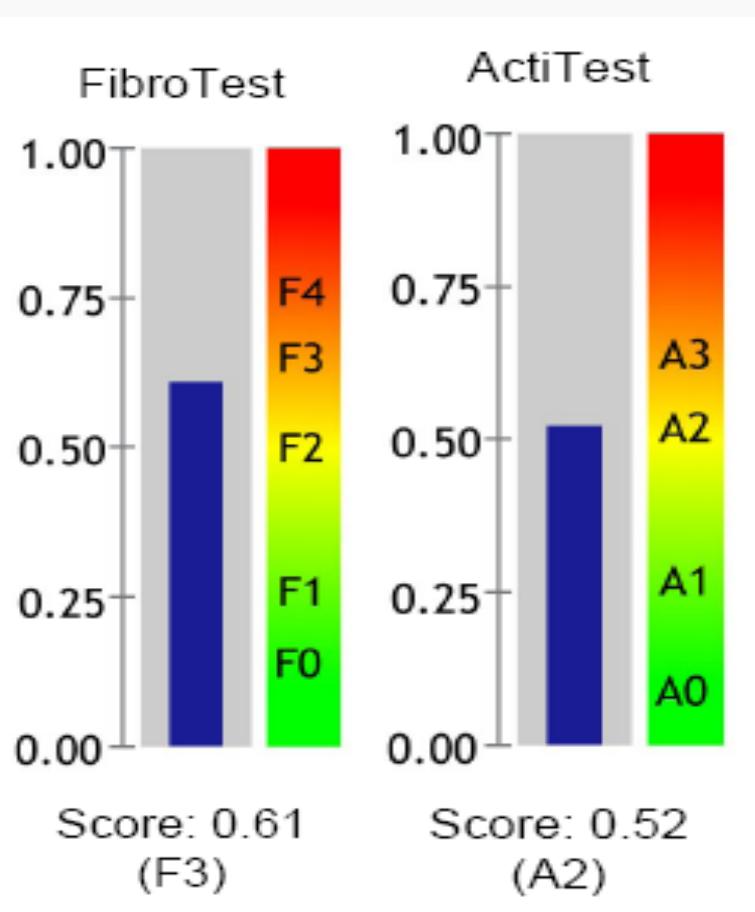
AutoAc négatifs, ferritinémie 400 µg/l

Echographie du foie : foie non dysmorphique, tronc porte perméable, foie légèrement augmenté de volume d'allure stéatosique

Q2 : la charge virale a plus que doublée en 3 mois

1. C'est un signe d'évolutivité et je vais rapprocher la surveillance
2. C'est un signe d'évolutivité et j'envisage donc un traitement
3. C'est une variation non significative de la charge virale (< 1 log)

Vous le revoyez avec des tests non-invasifs de fibrose



Q3 : quelle est votre interprétation de ces 2 tests ?

1. L'HAS ne recommande l'utilisation des tests non-invasifs de fibrose que pour les patients VHC + ou co-infectés VIH-VHC
2. Ces tests sont concordants et en faveur d'une fibrose significative (F3)
3. Ces tests ne sont pas interprétables

Non-interprétables

- FibroTest
 - Bilirubine totale à prédominance non conjuguée → Gilbert probable
 - Faux résultats dus à hémolyse (4,7 %), maladie de Gilbert (1,4 %), médicaments (atazanavir...), sepsis et inflammation, hypo-haptoglobinemie constitutionnelle
(Poynard et al. Clin Chem 2004)
- FibroScan
 - Critères de qualité : TdR > 60 % & IQR < 30 %
 - Facteur limitant : surpoids
 - 2114 mesures → échecs 4,5 %
 - Analyse multivariée : IMC > 28

Tests non-invasifs de fibrose et porteur chronique de l'AgHBs

- Porteur asymptomatique
 - ALAT normales
 - ADN-VHB < 2.000 UI/ml de façon répétée
- Forte suspicion de cirrhose

Q5 : Faut-il faire une PBH ?

1. Non, car je vais le traiter
2. Non, car je vais le suivre encore
3. Oui, car le patient a des transaminases élevées de façon répétée
4. Oui, car le patient a un ADN du VHB > 2.000 UI/ml de façon répétée
5. Oui, car le patient a 2 maladies du foie

Biopsie hépatique

Recommandée :

ALAT > normale

ADN-VHB > 2.000 UI/ml

Causes multiples

Non recommandée :

Cirrhose évidente

Indication de traitement

EASL Clinical Practice Guidelines – Oct 2008

Qui traiter ?

Les patients avec multiplication virale

ADN-VHB > 2.000 UI/ml (> 10.000 cop/ml)
et/ou des ALAT > normale

Evaluée de façon dynamique

Responsable d'une maladie significative

Evaluation par PBH et / ou tests non-invasifs
 $A > 1$ ou $F > 1$

Qui traiter ?

Les patients avec une cirrhose et un ADN-VHB +

Qui ne pas traiter ?

Les patients immuno-tolérants pour le VHB

Les patients avec une atteinte modérée

PBH < A2 et < F2

→ **suivi régulier**