

Le Point sur l’Hépatite B et ses Traitements

Professeur Didier SAMUEL ^{1,2,3}

1. AP-HP Hôpital Paul Brousse, Centre Hépato-Biliaire, Villejuif, France
2. Univ Paris-Sud, UMR-S 785, Villejuif, F-94800, France
3. Inserm, Unité 785, Villejuif, F-94800, France

Depuis la mise au point de tests PCR de détection de l’ADN du VHB et l’avènement des analogues nucléos(t)idiques (Nuc) efficaces contre le VHB, la prise en charge de l’hépatite B a connu une vraie révolution. Nous allons revoir ci dessous quelques points clés.

- a) Le nombre de patients atteints d’hépatite B est resté stable, cependant la mise en place de traitements précoces a permis une diminution significative des cas de cirrhose virale B décompensée
- b) L’allongement de survie des patients avec cirrhose virale B fait maintenant émerger le carcinome hépatocellulaire (CHC) comme le principal risque de complication et de décès. Il en découle l’importance du dépistage du CHC chez les patients atteints de cirrhose
- c) Le traitement est recommandé chez les patients avec élévation des transaminases, hépatite chronique et réPLICATION virale.
- d) Plus de 50% des patients ne sont pas traités en raison d’une absence de réPLICATION virale $> 4 \log$, de transaminases normales et d’une absence de fibrose $> F1$
- e) La place de l’interféron pegylé dans le traitement de l’hépatite Virale B est limitée aux patients ayant une hépatite chronique sans cirrhose. La cible préférentielle est représentée par les patients avec hépatite B AgHBe positif, un niveau de réPLICATION intermédiaire, et des transaminases $> 2N$. La durée de traitement recommandée est de 1 an. La place de l’interféron pegylé chez les patients AgHBe négatifs est plus discutée, l’objectif la négativation de l’ADN VHB par PCR étant difficile à atteindre. Ce traitement dont la durée est de 1 an, peut cependant être utilisé en première ligne avec une poursuite ou non du traitement en fonction de la réponse virologique à 6 mois. En cas de réponse, un traitement de 2 ans pourrait être supérieur mais reste à démontrer.
- f) La quantification de l’AgHBs en début de traitement et à 24 semaines a un intérêt potentiel chez les patients traités par interféron pour prédire la disparition de l’AgHBs. Son intérêt chez les patients traités par Nuc n’est pas démontré.
- g) Le traitement par Nuc est un traitement habituellement à vie. Les traitements actuellement utilisés sont soit le Tenofovir soit l’entecavir
- h) La durée du traitement nécessite un suivi au moins tous les 6 mois pour contrôler l’efficacité du traitement et l’absence d’effets secondaires (surveillance de la fonction rénale, absence de douleurs musculaires, hypophosphorémie..)
- i) La réapparition de l’ADN VHB, peut être secondaire à une résistance virologique, mais surtout à un arrêt de traitement
- j) Chez les patients avec cirrhose et réPLICATION virale faible, le traitement par Nuc est recommandé pour réduire le risque de décompensation et de carcinome hépatocellulaire.

k) Chez les patients avec cirrhose décompensée ou réactivation virale B , le traitement par Nuc est une urgence, la bi thérapie n'a pas prouvé sa supériorité par rapport à une monothérapie entecavir ou tenofovir. La supériorité à court terme de l'entécavir sur la lamivudine n'est pas démontrée. Le risque à court terme chez ces patients est un mortalité (20-25%) par défaillance hépatique malgré la réponse virologique. Ces patients doivent être individualisés pour proposer une transplantation hépatique urgente. La mortalité à moyen terme est liée à l'apparition du carcinome hépatocellulaire.