

# HEPATITE CHRONIQUE B : QUI NE PAS TRAITER ?

Tony ANDREANI (Hospital Saint Antoine)

L'hépatite chronique B expose au risque de cirrhose ou de carcinome hépato cellulaire, et est responsable de 1500 décès par an en France. Nous disposons de traitements de plus en plus puissants, qui ont permis de réduire considérablement le risque de complications. Ces traitements ont cependant plusieurs inconvénients : coût élevé, et surtout nécessité le plus souvent d'un traitement prolongé plusieurs années (voire pour toute la vie), avec les problèmes de compliance et de risque d'échappement qui en résultent. Cependant seule une minorité des porteurs chroniques du virus de l'hépatite B (VHB) est exposée à ce risque de complications, et il est donc important d'identifier les malades chez qui un traitement n'est pas nécessaire.

Les sociétés savantes ont émis plusieurs recommandations <sup>1-5</sup>, régulièrement mises à jour, qui se rejoignent sur la plupart du contenu, et dont les légères différences ne font que refléter les incertitudes concernant certains sous-groupes de malades pour lesquels on dispose de données insuffisantes. La biopsie hépatique n'est pas indispensable lorsque l'indication d'un traitement est évidente, mais devient un élément crucial de la discussion dans les situations incertaines. La présentation de ces recommandations se fait sous forme d'algorithmes plus ou moins complexes, qui paradoxalement sont d'autant plus difficiles à appliquer aux situations particulières qu'ils se veulent plus simples. L'examen successif de chaque phase évolutive de la maladie permet d'analyser les situations particulières qui posent encore problème.

## 1 – PHASE D'IMMUNOTOLERANCE :

-les formes typiques strictement définies par un Ag HBe positif, des transaminases normales, et un DNA très élevé  $> 2.10^6$  UI n'ont que des lésions histologiques minimes et ne doivent pas être traitées.

-les formes atypiques avec faible réPLICATION (DNA  $< 2.10^6$  UI) sont de signification encore incertaine avec risque possible de lésions histologiques plus sévères. La nécessité d'une biopsie et d'un éventuel traitement reste discutée <sup>6,7</sup>

-les immunotolérants de plus de 40 ans doivent être traités, en raison d'un risque plus élevé de CHC même sur foie non cirrhotique.

## 2 – PHASE D'ACTIVITE HBe + OU - :

-les formes typiques avec transaminases et charge virale élevées doivent être traitées.

-les hépatites Ag HBe + peuvent faire une séroconversion HBe spontanée, et on peut se donner une période d'observation de quelques mois avant de décider d'un traitement.

-les hépatites minimes avec transaminases entre N et 2 N peuvent avoir des lésions histologiques très variables, et nécessitent une biopsie hépatique

- les hépatites avec transaminases élevées mais réPLICATION FAIBLE (DNA < 2000 UI) sont possibles chez les HBe -, mais inhabituelles chez les HBe + et doivent faire rechercher une autre cause associée (hépatite delta, stéatose, alcool)
- les hépatites d'activité intermittente, lorsque les phases d'inaktivité sont très prolongées, peuvent ne pas être traitées en l'absence de fibrose importante, et une PBH est donc utile

### **3 – PHASE D’INACTIVITE :**

- les formes typiques avec transaminases normales et DNA < 2000 UI n'ont en général que des lésions histologiques minimes et ne doivent pas être traitées
- les formes atypiques avec transaminases normales mais DNA > 2000 UI sont encore de signification incertaine, avec possibilité de lésions histologiques significatives, et la nécessité d'une PBH est discutée. En cas de découverte d'une fibrose ≥ F2, mais sans activité importante, l'intérêt d'un traitement reste également discuté.
- en cas de cirrhose inactive, le traitement est indiqué en cas de réPLICATION persistante même faible

### **Références:**

1 Anna S. F. Lok<sup>1</sup> and Brian J. McMahon .AASLD PRACTICE GUIDELINES  
Chronic Hepatitis B: Update 2009. [www.aasld.org](http://www.aasld.org)

2 Sorrell MF, Belongia EA, Costa J, et al. National Institutes of Health  
Consensus Development Conference Statement: management of hepatitis  
B. Ann Intern Med 2009;150(2):104-110.

3 European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice  
Guidelines: Management of Chronic Hepatitis B. J Hepatol 2009;50(2):  
227-242.

4 Liaw YF, Leung N, Kao JH, et al. Asian-Pacific Consensus Statement on  
the Management of Chronic Hepatitis B: a 2008 Update. Hepatol Int  
2008;2:263-283.

5 Keeffe EB, Dieterich DT, Han ST, et al. A treatment algorithm for the management of chronic  
hepatitis B virus infection in the United States: 2008 update. Clin Gastroenterol Hepatol.  
2006;4:936-962.

6 Kumar M, Sarin SK, Hissar S, et al. Virologic and histologic features of chronic hepatitis B virus-  
infected asymptomatic patients with persistently normal ALT. Gastroenterology  
2008;134:1376-84.

7 Tony Andreani, Lawrence Serfaty, Raoul Poupon, Olivier Chazouilleres Need to Strictly Define Hepatitis B Virus  
Immunotolerant Patients to Avoid Unnecessary Liver Biopsy , 11 November 2008  
Gastroenterology ,2008 ,135,2155-2156