

# INFECTIONS PAR LE VIH ET HÉPATITES VIRALES B & C

## Quelle prise en charge proposer en Afrique subsaharienne pour les sujets porteurs du virus de l'immunodéficience humaine présentant une hépatite chronique à virus B ou C ? (exposé introductif)

F. Klotz

HIA Clermont Tonnerre, Rue du colonel Fonferrier, BP 41,29240 Brest Naval, France.  
Tél.:33 (0)2 98 43 70 00.E-mail : francis.klotz@libertysurf.fr, klotz@doctor.com

Manuscrit n°Dk/94. 6ème congrès international francophone de médecine tropicale "Santé et urbanisation en Afrique"(Dakar, octobre 2001). Accepté le 9 avril 2002.

*VIH, virus de l'hépatite B, virus de l'hépatite C, lamivudine, interféron, ribavirine*

Si, à cette question, correspondent des réponses claires dans les pays où les soins sont pris en charge par la collectivité ou l'assurance maladie, il n'en est pas de même en Afrique subsaharienne où cette interrogation relève du défi.

La séroprévalence de portage du VIH se présente de manière hétérogène sur le continent noir, variant selon les pays de 1 % de la population (Mauritanie, Sénégal) à plus de 10 % (Ruanda, Burundi, Kenya).

La richesse de la pathologie virale en Afrique subsaharienne retrouve un portage chronique du virus de l'hépatite B (VHB) avec une prévalence de 8 à 15 % de la population de manière assez uniforme, alors que le portage du virus de l'hépatite C (VHC) réalise une véritable mosaïque de prévalence variant de moins de 1 % à plus de 10 % selon les pays. La connaissance de l'évolution cirrhogène des hépatites virales chroniques et leur potentiel carcinogène incite à tenter d'enrayer cette évolution; 10 % des sujets infectés par le VHB évoluent vers une hépatite chronique et sont candidats à la séquence "hépatite-cirrhose-cancer". Cela concerne plus de 80 % des sujets infectés par le VHC. La coinfection ou la surinfection VIH-VHB ou VHC est donc fréquente dans ces régions, les modes de transmission étant croisés.

Chez un sujet dont l'immunodépression acquise est bien contrôlée par la trithérapie antirétrovirale, il est impératif d'envisager la nécessité ou non de traiter une hépatite virale chronique associée qui pourrait obérer le pronostic. En effet, l'immunodépression stimule la réplication des VHB et VHC. L'hépatotoxicité des antirétroviraux peut aggraver l'hépatite chronique. Le traitement d'une hépatite virale chronique ne peut être envisagé que si une thérapeutique antirétrovirale est possible et uniquement après ponction biopsie hépatique permettant d'évaluer le score histologique de l'atteinte hépatique. En ce qui concerne le VHB, il semble que la lamivudine soit actuellement le traitement de choix, car elle peut faire partie

de la trithérapie antirétrovirale. Elle inhibe l'activité transcriptase inverse de l'ADN polymérase du VHB à la dose de 300mg/j (cp à 100mg). L'ADN devient indétectable au bout d'un mois et le score histologique est significativement amélioré à 12 mois. Les inconvénients en sont la reprise de la réplication à l'arrêt du traitement chez les sujets n'ayant pas eu de séroconversion "e" et la survenue de mutations phénotypiques YMDD du génome du VHB de l'ordre de 20 % par an. L'obstacle majeur en est le prix: 60 FF par jour, soit 32 820 FF pour 18 mois de traitement !

En ce qui concerne le VHC, la coinfection par le VIH augmente la virémie C d'un facteur 2 à 5 et la transmission maternofoetale de manière significative. L'hépatite chronique peut être aggravée par cette coinfection par un mécanisme de fibrose cholestasienne. Les antirétroviraux semblent avoir peu d'action sur le VHC, mais conjuguent leur hépatotoxicité aux méfaits de l'infection par le VHC. Le traitement associant interféron alpha et ribavirine est le choix à faire en sachant que la ribavirine peut interférer avec le métabolisme de certains antirétroviraux (zidovudine, stavudine), impliquant la surveillance de la charge virale VIH. L'optimisation thérapeutique par l'association Peg-interféron une fois par semaine (1 à 1,5 µg/kg) et ribavirine 1000 mg/j pendant six mois, peut apporter une négativation prolongée de la réplication virale chez plus de 60 % des malades. Le prix d'un traitement de six mois dépasse 12 000 euros !

Le problème financier est donc inextricable dans la quasi totalité des cas. Si l'accessibilité aux antirétroviraux devient possible en Afrique subsaharienne grâce aux médicaments génériques, qu'en sera-t-il des traitements contre les virus des hépatites ? Il n'y a pas de solution curative réaliste dans ce contexte. Il faut imposer le vaccin contre le VHB dans le programme élargi de vaccination (PEV) pour les générations futures et améliorer l'hygiène générale pour diminuer le nombre de malades bloqués dans cette impasse !