

Hépatite C : prise en charge simplifiée chez l'adulte

Mars 2019

Les recommandations relatives au dépistage de l'hépatite C sont susceptibles d'évoluer en fonction de l'évaluation médico-économique des stratégies de dépistage des personnes infectées par le VHC actuellement en cours.

Préambule

L'Organisation mondiale de la santé a fixé pour objectif l'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) pour 2030. L'élimination est définie comme une diminution de 90 % des nouvelles infections, associée à une réduction de la mortalité liée au VHC de 65 %.

Pour répondre à cet objectif de santé publique, une prise en charge adaptée à chaque patient doit pouvoir être proposée. La prise en charge simplifiée doit pouvoir être réalisée au plus proche du lieu de vie du patient ou dans un lieu où le patient est déjà suivi. Elle s'adresse aux patients ayant une infection chronique par le VHC en l'absence de co-infection VHB et ou VIH, d'insuffisance rénale sévère (débit de filtration glomérulaire estimé DFGe < 30 ml/min/1,73 m²), de comorbidité (consommation d'alcool à risque, diabète, obésité) mal contrôlée, de maladie hépatique sévère (cf. infra), d'antécédent de traitement de l'hépatite C. Elle peut conduire à une prise en charge spécialisée avec réunion de concertation pluridisciplinaire en fonction de données cliniques ou paracliniques listées dans cette fiche.

Dépistage de l'hépatite C

Il est recommandé de pratiquer un dépistage de l'hépatite C chez toute personne à risque d'infection par le VHC (voir [Annexe](#)) ou estimant qu'elle a pu avoir un contact avec le VHC, ou pour laquelle le professionnel de santé pense qu'il y a un risque.

La méthode classique recommandée pour effectuer le dépistage est la recherche des anticorps anti-VHC sériques par un test immuno-enzymatique (EIA ou ELISA en anglais) de 3^e génération sur un prélèvement sanguin veineux.

► **Lorsqu'une sérologie virale est négative, le résultat à annoncer est l'absence de contact avec le VHC sauf :**

- infection récente avant séroconversion : dans ce cas, refaire le dosage des Ac anti-VHC 3 mois après ;
- immunodépression sévère : dans ce cas, réaliser une recherche quantitative de l'ARN du VHC (pour détecter une infection active) sur le même prélèvement.

► **Lorsqu'une sérologie virale est positive, une recherche quantitative de l'ARN du VHC doit être prescrite.**

En alternative, les TROD (test rapide d'orientation diagnostique) peuvent être utilisés : chez les personnes à risque éloignées des structures d'accès commun et chez les personnes à risque non ou insuffisamment dépistées et chez qui les avantages des TROD arriveraient plus facilement à convaincre de l'intérêt d'un dépistage immédiat.

...

Dépistage de l'hépatite C (suite)

- ▶ **Un résultat négatif du TROD exclut une infection par le VHC**, sauf en cas de suspicion d'infection récente : dans ce cas, nouvelle détection des Ac anti-VHC 3 mois après, soit par TROD, soit par test biologique.
- ▶ **Lorsqu'un TROD est positif**, une sérologie de contrôle par EIA sur un prélèvement veineux doit être prescrite. En cas d'Ac anti-VHC positifs, la recherche quantitative de l'ARN du VHC pourra être faite sur ce même prélèvement. Si la recherche de l'ARN est négative, un suivi régulier est nécessaire.

Le médecin informera le patient sur sa maladie, en particulier sur les risques de transmission à d'autres personnes ; et il fera la démarche pour la prise en charge en ALD (protocole de soins). Il informera le patient de l'existence d'associations de lutte contre les hépatites virales et de l'intérêt de les contacter.

Lors de la réalisation d'un dépistage de l'infection par le VHC, il est recommandé de réaliser aussi, en fonction des facteurs de risque, un dépistage de l'infection par le virus de l'hépatite B et le VIH : antigène HBs, anticorps anti-HBs, anticorps anti-HBc, sérologie VIH par un test Elisa de 4^e génération.

Si une infection par le VIH ou par le VHB est associée à l'infection par le VHC, le patient doit être orienté vers une prise en charge spécialisée.

Proposer une vaccination contre l'hépatite B aux patients ayant une infection par le VHC qui ne sont pas protégés.

Bilan initial d'une hépatite C nouvellement dépistée

Lors du diagnostic (charge virale du VHC détectable), le médecin doit rechercher et évaluer les comorbidités :

- consommation d'alcool ;
- surpoids ou obésité, diabète, syndrome métabolique ;
- co-infection VHB et/ou VIH ;
- insuffisance rénale sévère.

Le bilan sanguin initial doit comprendre : NFS, plaquettes, glycémie à jeun, ASAT, ALAT, GGT, bilirubine, débit de filtration glomérulaire (et antigène HBs, anticorps anti-HBs, anticorps anti-HBc, sérologie VIH, si non réalisés lors du dépistage).

La recherche du génotype du VHC n'est pas nécessaire dans le cadre d'une prise en charge simplifiée.

L'infection par le VHC peut évoluer vers une maladie hépatique sévère avec risque de cirrhose et de ses complications : hypertension portale, carcinome hépatocellulaire.

Trois méthodes non invasives permettent d'évaluer la sévérité de la maladie hépatique : le Fibrotest® (test sanguin), le Fibromètre® (test sanguin), l'élastométrie impulsionnelle ultrasonore* (Fibroscan®). La ponction-biopsie hépatique n'a pas sa place dans le cadre d'une prise en charge simplifiée.

Le diagnostic de maladie hépatique sévère est écarté si les valeurs sont inférieures aux seuils suivants :

- Fibrotest® ≤ 0,58 ;
- ou Fibromètre® ≤ 0,786 ;
- ou FibroScan® < 10 kPa.

En cas de co-infection VHB et/ou VIH, d'insuffisance rénale sévère (DFGe < 30 ml/min/1,73 m²), de comorbidité (consommation d'alcool à risque, diabète, obésité) mal contrôlée selon le médecin, de maladie hépatique sévère, ou de traitement antiviral C antérieur, une prise en charge spécialisée avec réunion de concertation pluridisciplinaire est nécessaire.

* Il existe d'autres techniques d'élastométrie ultrasonore associées à des échographes. Cependant, ces techniques n'ont pas été évaluées par la HAS et elles ne sont pas remboursées.

Traitement et suivi dans le cas d'une prise en charge simplifiée

Avant de débiter le traitement :

- rechercher d'éventuelles interactions médicamenteuses (www.hep-druginteractions.org ou application smartphone HEP iChart) ;
- enquêter sur le recours à l'automédication et à la médecine naturelle (millepertuis, compléments alimentaires) ;
- insister sur la nécessité d'une observance optimale du traitement.

Deux options thérapeutiques pangénotypiques sont recommandées, en l'absence de maladie hépatique sévère, de traitement antérieur par AAD et de comorbidités (co-infection VHB et/ou VIH, insuffisance rénale sévère, etc.) :

- Epclusa® (sofosbuvir/velpatasvir) pendant 12 semaines ;
- Maviret® (glécaprévir/pibrentasvir) pendant 8 semaines.

La recherche quantitative de l'ARN du VHC 12 semaines après l'arrêt du traitement est indispensable.

Si l'ARN du VHC est indétectable, le patient est considéré en réponse virologique soutenue, c'est-à-dire guéri. Si l'ARN du VHC est détectable, le patient doit être orienté vers une prise en charge spécialisée.

Les patients doivent être informés de la persistance des anticorps anti-VHC après guérison virologique.

La persistance de comportements à risque (usagers de drogues actifs, comportements sexuels à risque) expose au risque de réinfection. Chez ces patients, une recherche quantitative régulière de l'ARN du VHC doit être proposée.

Les patients ayant des comorbidités hépatiques (consommation d'alcool à risque, syndrome métabolique) doivent continuer à bénéficier d'un suivi régulier, et une éducation à la santé adaptée doit leur être proposée.

Annexe. Personnes à risque d'infection par le virus de l'hépatite C devant être dépistées

- Personnes ayant eu avant 1992 :
 - une transfusion. La transfusion n'étant pas toujours connue, il convient de dépister le VHC chez les sujets ayant pu être transfusés, du fait de l'importance des traitements médicaux ou chirurgicaux effectués :
 - intervention chirurgicale lourde (cardiaque, vasculaire, cérébrale, digestive, pulmonaire, gynéco-obstétricale, rachidienne, prothèse de hanche ou de genou, etc.),
 - séjour en réanimation,
 - accouchement difficile,
 - hémorragie digestive,
 - des soins à la naissance en néonatalogie ou en pédiatrie (grand prématuré, exsanguino-transfusion) ;
 - une greffe de tissu, cellules ou organe.
- Patients hémodialysés.
- Personnes ayant utilisé une drogue par voie intraveineuse ou pernasale (partage du matériel de préparation et d'injection, partage de paille).
- Enfants nés de mère séropositive pour le VHC.
- Partenaires sexuels des personnes atteintes d'hépatite chronique C.
- Hommes ayant eu des rapports sexuels avec des hommes (HSH).
- Membres de l'entourage familial des personnes atteintes d'hépatite chronique C (partage d'objets pouvant être souillés par du sang tels qu'un rasoir ou une brosse à dents).
- Personnes incarcérées ou l'ayant été (partage d'objets coupants, pratiques addictives).
- Personnes ayant eu un tatouage ou un piercing, de la mésothérapie ou de l'acupuncture, réalisés en l'absence de matériel à usage unique ou personnel.
- Personnes originaires ou ayant séjourné plusieurs années ou ayant reçu des soins (médicaux ou dentaires) dans des pays à forte prévalence du VHC.
- Patients ayant un taux d'alanine-aminotransférase (ALAT) supérieur à la normale, sans cause connue.
- Patients séropositifs pour le VIH ou porteurs du VHB.
- Professionnels de santé en cas d'accident d'exposition au sang.

En savoir plus

- Recommandations de l'OMS : *Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection*, 2018.
- Recommandations de l'AFEF pour l'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C en France, 2018.
- Recommandations de l'*European Association for the Study of the Liver on treatment of hepatitis C*, 2018.
- Avis de la commission de la transparence : sofosbuvir/velpatasvir – 19 octobre 2016.
- Avis de la commission de la transparence : glécaprévir/pibrentasvir – 6 décembre 2017.
- Recommandations HAS : Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C, 2014.
- Recommandations HAS : Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C, 2011.
- Recommandations HAS : Critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée, 2008.