



VIRUS DE L'HÉPATITE C (VHC)

Auteur : Dr Thierry Van der Schueren

Dernière mise à jour : 06/2023

<p>Tableau clinique initial</p>	<p>Symptômes</p> <ul style="list-style-type: none"> – + de 60 % des patients infectés sont asymptomatiques <p>Hépatite aiguë :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Phase pré-ictérique (5 à 10 jours) : syndrome grippal, douleur abdominale dans le quadrant supérieur droit. – Phase ictérique (1 à 3 semaines voir 3 mois) : ictère associé avec anorexie, nausée, fatigue, rarement fièvre. – Tableau d'hépatite fulminante (< 1 % des cas). <p>Hépatite chronique :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Généralement asymptomatique. – Eventuellement fatigue, inappétence. <p>Signes cliniques</p> <p>Hépatite aiguë :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Phase pré-ictérique : non spécifiques (syndrome grippal). – Phase ictérique : ictère, selles décolorées, urobilinurie, hépatomégalie, signes de déshydratation. <p>Hépatite chronique :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fréquent : pas de signe clinique. – Persistant : signe de cirrhose (hépatomégalie, foie dur indolore, signes d'hypertension portale (splénomégalie, circulation veineuse collatérale), signes cutanés (angiome stellaire, érythrose palmaire).
<p>Tableau clinique tardif / complications</p>	<ul style="list-style-type: none"> – 50 à 85 % des patients infectés par le VHC vont devenir porteur chroniques du VHC. – 30 à 35 % des porteurs chroniques vont développer une maladie hépatique. – Complications hépatiques : cirrhose, hépatite fulminante (rare : < 1 %), carcinome hépatocellulaire. – Complications extra-hépatiques : arthralgie, vascularite, cryoglobulinémie, neuropathie périphérique. Nombreuses autres complications possibles. – Femme enceinte : risque de naissance prématurée.
<p>Durée de l'infection</p>	<ul style="list-style-type: none"> – < 6 mois pour les hépatites aiguës. – > 6mois pour les hépatites chroniques. – Le virus peut persister à vie.
<p>Période d'incubation</p>	<ul style="list-style-type: none"> – L'intervalle entre l'exposition et l'apparition des premiers symptômes est de 4 à 20 semaines.

Période de contagiosité	<ul style="list-style-type: none"> – Le patient est contagieux tant que le virus persiste. En Europe, les réservoirs les plus importants sont les usagers de drogues IV, les HSH et les détenus et anciens détenus.
Modes de transmission	<ul style="list-style-type: none"> – Contact direct avec du sang infecté. – Rapport sexuel (presque inexistant pour un rapport vaginal non traumatique à élevé pour un rapport anal ou en période de menstruations). – Transmission verticale. – Inoculation accidentelle (tatouage, acupuncture, matériel d'injection non stérile). – Transfusion de sang ou de dérivés sanguins non testés (PVD et Europe de l'Est). – Blessure accidentelle avec du matériel souillé.
Analyses de biologie médicale	<p>Chez qui proposer un test de dépistage</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tout patient ayant consommé des drogues par voie nasale ou IV. – Les patients hémodialysés. – Les patients ayant subi, en Belgique avant le 01/07/1990, une transfusion sanguine, une procédure chirurgicale lourde, une hospitalisation en unité de soins intensifs (y compris en soins intensifs néonataux), un accouchement difficile, une hémorragie digestive, une greffe de cellules, de tissus, ou d'organes. – Les enfants nés d'une mère séropositive pour le VHC. – Les patients séropositifs pour le VIH ou le VHB. – Les sujets présentant une hausse inexpliquée des transaminases. – Les patients souffrant d'asthénie d'origine inconnue. – Les patients ayant un antécédent d'ictère d'origine inconnue. – Les partenaires sexuels d'un patient séropositif pour le VHC. – Les membres d'un foyer où un patient est séropositif pour le VHC. – Les individus qui se sont fait tatouer, poser un piercing ou ayant suivi un traitement d'acupuncture sans utiliser d'aiguille unique. – Les personnes ayant reçu des soins médicaux dans des pays à haute prévalence du VHC (Asie du Sud-Est, Moyen Orient, Afrique, Amérique du Sud). – Les personnes vivant sous le même toit qu'un patient atteint s'ils partagent un rasoir ou des ciseaux à ongles. <p>Les tests</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anticorps anti-VHC (prélèvement sanguin sur tube sec). – PCR (prélèvement sanguin sur tube sec). <p>Quel test proposer</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dépistage chez un patient asymptomatique <ul style="list-style-type: none"> – Anticorps anti-VHC. – Si positif, confirmer le résultat par PCR. 2) Si suspicion d'infection récente <ul style="list-style-type: none"> – Anticorps anti-VHC 3 mois après. – Si positif, contrôler le résultat par PCR. 3) Patient immunodéprimé <ul style="list-style-type: none"> – PCR
Période fenêtre (intervalle entre l'exposition et la détection d'une infection décelable par un test)	<ul style="list-style-type: none"> – Anticorps anti-VHC : 10 à 11 semaines après l'exposition. – PCR : 2 semaines après l'exposition.

Traitement	<p>Premiers soins</p> <ul style="list-style-type: none"> – Si exposition avec matériel souillé : <ul style="list-style-type: none"> • Laisser s'écouler le sang hors de la lésion mais sans la comprimer volontairement (augmentation du risque d'infection). • Nettoyer la zone contaminée à l'eau savonneuse puis avec un antiseptique (Polyvidone iodée ou Chlorhexidine 2 % ou 4 % en solution hydro-alcoolisée jusqu'au séchage complet). • Rincer abondamment à l'eau ou au liquide physiologique les muqueuses et conjonctives contaminées pendant au moins 5 min. <p>Si PCR positive</p> <ul style="list-style-type: none"> – Référer en consultation spécialisée d'hépatologie pour débiter un traitement curatif par antiviral à action directe (AAD). La molécule sera choisie en fonction du génotype du VHC infectant. <p>Hépatite</p> <ul style="list-style-type: none"> – Référer en consultation spécialisée de gastro-entérologie. – Critères de référence en urgence : <ul style="list-style-type: none"> • Tableau clinique d'insuffisance hépatique. • élévation de l'INR et/ou élévation de la bilirubine et/ou diminution de la numération plaquettaire.
Suivi	<ul style="list-style-type: none"> – Rechercher les co-infections : VIH, Syphilis, hépatite B, HPV, Gonocoque. – Suivi à organiser en collaboration avec la deuxième ligne.
Partenaire	<ul style="list-style-type: none"> – Proposer un test de dépistage aux partenaires sexuels connus à partir du début de l'infection présumée. Si la date de l'infection est inconnue, proposer un test de dépistage à tous les partenaires sexuels des 3 années précédant le test. – Le port du préservatif est recommandé en cas de rapport à risque (violent, anal ou pendant menstruations). – Dans le cadre d'une relation monogame, le patient et son partenaire sexuel peuvent choisir d'abandonner le port du préservatif si la charge virale est faible et qu'une discussion a eu lieu à propos des risques de transmission.

Bibliographie :

1. Brook G, Bhagani S, Kulasegaram R, Torkington A, Mutimer D, Hodges E, Hesketh L, ..., Sullivan AK. (2016) United Kingdom National Guideline on the Management of the viral hepatitis A, B and C 2015. *Int J STD AIDS*. 27(7):501-25.
2. HAS 2019 Hépatite C : prise en charge simplifiée chez l'adulte. sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2911891/fr/hepatite-c-prise-en-charge-simplifiee-chez-l-adult
3. American Association for the Study of Liver Disease. HCV Testing and Linkage to Care. 2017. Disponible sur : www.HCVGuidance.org
4. American Association for the Study of Liver Disease. When and in Whom to Initiate HCV Therapy. 2017. Disponible sur: www.HCVGuidance.org
5. Gerkens S, Martin N, Thiry N, Hulstaert F. Hépatite C: Dépistage et Prévention. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2012. KCE Reports 173B.
6. CDC Hepatitis C questions and answers for health professionals sur <https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/hcvfaq.htm>
7. Outil de dépistage, traitement et suivi des IST en consultation, KCE <https://www.sti.kce.be/fr/index.html>