



Pr. Stefan Zeuzem

Hépatite C

**Risques, prévention et
traitement**

ELPA



**European Liver
Patients
Association**

F. De Renesselaan, 57
B – 3800 Sint-Truiden,
Belgium
email: contact@elpa-info.org



Chère patiente, cher patient,
cette brochure se donne pour objectif de vous informer sur votre maladie pour mieux y faire face. Elle est sensée vous inciter à maintenir des relations normales avec autrui et vous rassurer sur sa propagation en cas d'angoisse exagérée à ce propos. Nous souhaitons également, par l'intermédiaire de cette brochure, vous informer des conséquences de l'hépatite C chronique sur la santé et des possibilités de traitement. Nous espérons ainsi pouvoir vous apporter une aide. En cas de questions supplémentaires, vous pouvez consulter votre médecin en toute confiance.

Nadine Piorkowsky
Présidente de l'ELPA

Pr. Stefan Zeuzem
Conseiller scientifique de
l'ELPA

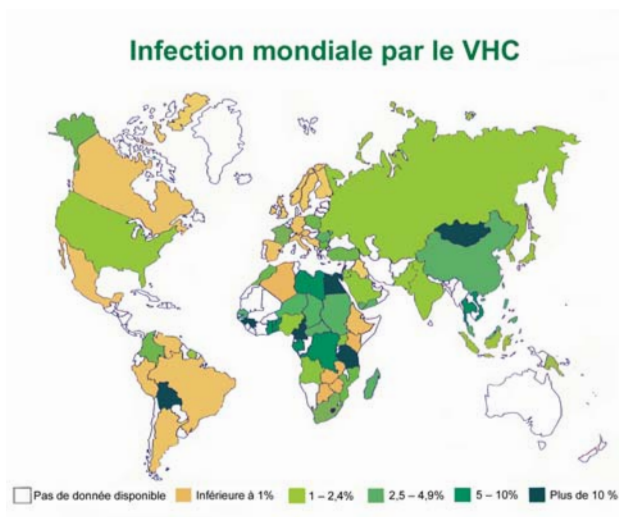
Contenu

Introduction	p. 4
Le foie	p. 5
Le virus de l'hépatite C	p. 6
Propagation	p. 7
Conséquences médicales de l'hépatite C	p. 8
Analyses de sang	p. 12
Biopsie du foie (ponction hépatique)	p. 13
Traitement de l'hépatite C	p. 14
Existe-t-il des options thérapeutiques alternatives ?	p. 22
Options thérapeutiques futures	p. 23
Peut-on se faire vacciner contre l'hépatite C ?	p. 25
À quoi dois-je faire attention concernant mon alimentation ?	p. 25
L'hépatite C et la grossesse	p. 26
Au sujet d'ELPA	p. 27

Mise à jour : août 2009
Maquette : © 2007 par Deutsche Leberhilfe e. V.

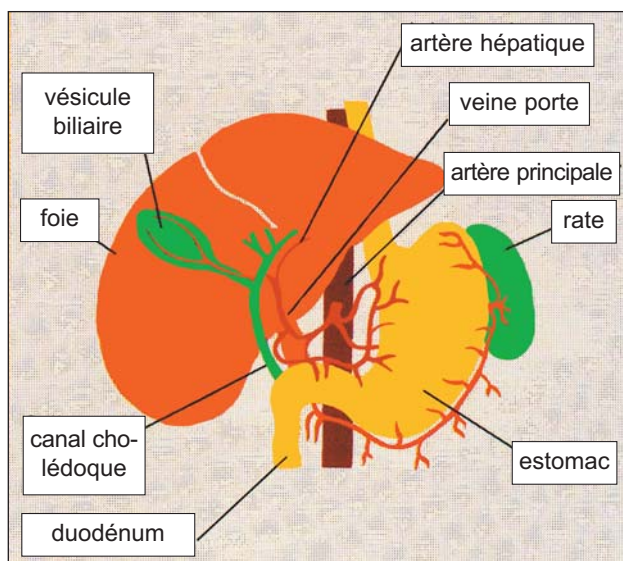
Introduction

En Europe, plusieurs millions de personnes souffrent de maladies chroniques du foie. La cirrhose du foie (modifications fibrotiques) fait partie des quatre principales causes pathologiques de décès chez les adultes entre 30 et 50 ans. Outre l'alcool, les affections hépatiques chroniques sont surtout entraînées par les hépatites B et C, toutes deux d'origine virale. Le terme « hépatite » désigne une inflammation du foie. En Europe, on estime à plusieurs milliers le nombre annuel de nouvelles infections par l'hépatite B et C. Le taux d'infection par le virus de l'hépatite C est estimé à 0,5–5% selon les pays (5–50 pour 1'000 habitants).



Le foie

Le foie pèse environ 1'500 g ; il représente donc l'organe interne le plus volumineux du corps humain. Il se trouve dans l'abdomen supérieur droit et il est enveloppé dans une capsule de tissu conjonctif. Le foie est l'organe métabolique central de l'organisme. Sa fonction est, entre autres, de dégrader les molécules toxiques que le corps absorbe par l'intermédiaire de l'intestin avant qu'elles ne pénètrent dans la circulation sanguine générale. Les nutriments qui arrivent dans le foie par l'intermédiaire de l'intestin y sont métabolisés. Le foie produit également des protéines importantes qui sont nécessaires pour, par exemple, la coagulation sanguine et les défenses immunitaires contre les infections.



Position du foie dans l'abdomen supérieur et son irrigation sanguine. Le sang enrichi en nutriments issus de l'intestin passe dans le foie par la veine porte.

La production de bile, conduite dans le duodénum par l'intermédiaire d'un système de canaux spéciaux, est également importante. La bile permet d'éliminer les déchets des globules rouges et de digérer les graisses. Elle permet aussi d'éliminer différentes molécules toxiques de l'organisme. Le foie lui-même ne contient aucune fibre nerveuse susceptible de conduire un influx douloureux. Des douleurs peuvent cependant apparaître en raison de l'étirement de la capsule de tissu conjonctif lorsque le foie gonfle ou se fibrose à cause des processus inflammatoires.

Le virus de l'hépatite C

L'hépatite C est une infection virale du foie. Le germe responsable est le virus de l'hépatite C. Ce virus se développe dans le foie, puis passe des cellules hépatiques dans le sang. Chez environ 60–80% des patients, les défenses immunitaires du corps ne parviennent pas à vaincre le virus et l'hépatite C évolue vers une forme chronique. Chez les 20–40% de patients restants, l'hépatite C guérit sans traitement dans les six mois suivant l'infection.

Symptômes de l'hépatite C

Les symptômes de l'hépatite C sont très discrets et la plupart des patients ne remarquent pas l'infection. Certains ressentent une fatigue plus intense, se sentent abattus, moins performants ou ressentent

des douleurs dans l'abdomen supérieur droit. Le développement d'une jaunisse est plutôt rare.

Mécanisme de la maladie

Lors de l'infection chronique, de nouvelles cellules sont en permanence infectées par le virus de l'hépatite. Des globules blancs migrent dans le tissu hépatique, ce qui signe une inflammation. Ils assurent l'élimination des cellules infectées et mortes. Cependant, ils n'éliminent en général pas le virus lui-même. Les cellules hépatiques mortes peuvent être remplacées ultérieurement par du tissu conjonctif (= tissu cicatriciel). En présence de modifications conjonctives dans le foie, on parle de fibrose hépatique de stade précoce, puis de cirrhose du foie. Le corps ne peut pas remplacer ensuite le tissu cicatriciel cirrhotique par du tissu hépatique.

Propagation

La propagation du virus de l'hépatite C a lieu par contact direct ou indirect avec le sang (contagion parentérale).

Avant 1990, la contagion par le virus de l'hépatite C lors des transfusions de produits sanguins et de coagulation n'était pas rare. Aujourd'hui, les donneurs de sang infectés par le virus sont identifiés par des tests modernes. Le risque résiduel d'une infection par l'hépatite C lors d'une transfusion sanguine est actuellement minimal. Le virus peut également

se propager par l'intermédiaire d'une seringue souillée, par exemple lors de la consommation de drogue. Le tatouage et le piercing sont également des facteurs de risque d'infection par le virus de l'hépatite C. Une contagion par l'intermédiaire de plaies ouvertes, de lames de rasoir et de brosses à dents est également envisageable. Une transmission du virus par voie sexuelle est possible. Le risque encouru par le/la partenaire sexuel(le) d'un(e) patient(e) infecté(e) est cependant considéré comme faible. Le risque de contagion dépend du comportement sexuel. La transmission du virus par l'intermédiaire de la peau intacte ou de la salive n'a pas été décrite jusqu'ici. Une infection par les assiettes, les couverts ou les verres n'est pas à craindre, pour autant qu'aucune souillure par le sang ne soit présente.

Conséquences médicales de l'hépatite C

Suite à une hépatite C chronique (inflammation du foie avec signes inflammatoires clairs dans le tissu hépatique), une cirrhose du foie se développe chez environ 30% des patients pendant les années qui suivent. Le risque d'apparition d'une cirrhose du foie dépend surtout de l'âge du patient au moment de l'infection et de la durée de la maladie, ce qui signifie que la pathologie progresse souvent plus rapidement en cas d'infection à un âge avancé (plus de 40 ans). Les facteurs susceptibles d'accélérer le déve-

loppement d'une cirrhose du foie sont les maladies hépatiques supplémentaires, par exemple les infections par d'autres virus hépatiques (comme le virus de l'hépatite B) ou des molécules nocives pour le foie, parmi lesquelles l'alcool arrive en première place.

On parle de cirrhose du foie lorsqu'une grande partie du tissu hépatique est remplacé par du tissu conjonctif. La structure normale du tissu hépatique est alors détruite. Par conséquent, des modifications de l'irrigation sanguine, susceptibles d'induire une hypertension dans la veine porte (veine entre l'intestin et le foie), apparaissent. Une accumulation de sang peut entraîner une dilatation veineuse (varices) dans l'œsophage et l'estomac. Lorsque ces vaisseaux éclatent, des hémorragies gastro-intestinales sévères peuvent survenir. Le danger de ces saignements peut être augmenté par la diminution de la capacité de coagulation du sang due à une réduction de la synthèse protéique dans le foie et une limitation du nombre des plaquettes sanguines (thrombocytes). L'hypertension en amont du foie (entre autres) peut entraîner l'accumulation de fluides corporels dans la cavité abdominale (ascites).

En présence d'une cirrhose du foie, il est possible que ce dernier ne soit plus en mesure de dégrader complètement les molécules toxiques qui pénètrent dans le sang par l'intermédiaire du tractus gastro-intestinal. Ces toxines peuvent alors entrer dans la circulation générale et entraîner une forte fatigue et des troubles de la concentration (encéphalopathie hépatique, encéphale = cerveau).

La diminution de la production de protéines dans le foie déstructuré par la cirrhose cause, outre une perturbation de la coagulation sanguine, une altération

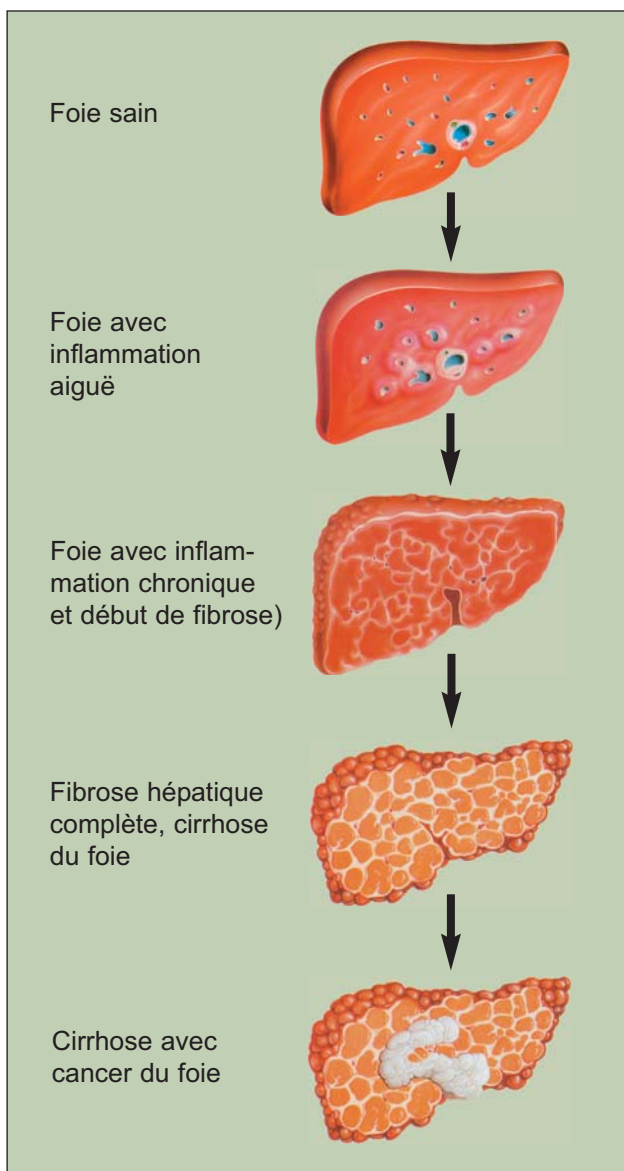


Figure : évolution possible de l'hépatite C chronique en quelques décennies vers la cirrhose et le cancer du foie. Un traitement et un style de vie sain peuvent stopper ou ralentir cette progression.

de la synthèse des molécules nécessaires aux défenses immunitaires. La conséquence en est une augmentation de la sensibilité aux infections. L'accumulation de bile cause fréquemment, en présence d'une perturbation sévère du foie, une coloration jaune des yeux et de la peau (ictère). Cette condition s'accompagne souvent de démangeaisons et les urines peuvent prendre une coloration sombre. Le risque de développement d'un cancer du foie (carcinome hépatocellulaire) augmente chez les patients souffrant d'hépatite C chronique de longue durée. Chez la plupart des patients, le carcinome hépatocellulaire se développe à partir d'une cirrhose du foie. Cependant, certains cas de carcinome hépatocellulaire ont été décrits chez des patients avec hépatite C chronique sans cirrhose du foie. C'est pourquoi les examens échographiques réguliers et les analyses sanguines sont importants. Dans certains cas, l'hépatite C évolue vers une forme tellement sévère qu'une transplantation du foie s'avère nécessaire.

L'activité de l'inflammation hépatique ainsi que le degré de l'accumulation de graisses et les modifications conjonctivales ne peuvent être confirmés que par examen histologique. Pour ce faire, il est nécessaire de prélever un échantillon de tissu hépatique (biopsie du foie). Des procédés indirects, comme par ex. l'élastographie, peuvent également permettre de bien évaluer l'étendue de la fibrose hépatique.

Analyses de sang

Le virus de l'hépatite C peut être détecté soit directement par l'intermédiaire de son matériel génétique (ARN), soit indirectement par l'intermédiaire des anticorps formés par les globules blancs des patients. Une détection de l'ARN plaide pour une maladie active et la présence d'anticorps dirigés contre le virus de l'hépatite C (anti-VHC) ne permet pas de distinguer une infection guérie d'une infection chronique en cours. Les anticorps peuvent être détectés chez les patients pendant une longue période après la guérison de la maladie mais pas l'ARN du VHC.

La méthode de base du diagnostic de l'hépatite C est la détection des anticorps anti-VHC. Si un patient est anti-VHC positif (les anticorps anti-virus de l'hépatite C sont donc présents dans son sang), un test de détection directe du virus par PCR (réaction de polymérisation en chaîne) devrait être effectué. Cette procédure est particulièrement sensible pour détecter le virus de l'hépatite C dans le sang. En tout état de cause, lorsqu'un traitement antiviral est envisagé, il est utile de mesurer la quantité de virus dans le sang (charge virale) et de déterminer son génotype.

Les paramètres hépatiques (ALT, AST, également appelée « transaminases ») fournissent certaines informations sur l'activité inflammatoire de l'hépatite. Des paramètres hépatiques normaux ne signifient cependant pas forcément l'absence d'une hépatite C chronique. Ces paramètres sont également contrôlés pendant le traitement.

Le risque de cancer du foie étant plus élevé chez les patients atteints d'une hépatite C chronique, le mar-

queur tumoral du carcinome hépatique (alpha foeto-protéine) dans le sang doit être contrôlé régulièrement (tous les six à douze mois). Un examen échographie du foie devrait être effectué aux mêmes intervalles.

Biopsie du foie (ponction hépatique)

Afin de déterminer la proportion de fibres de tissu conjonctif, l'activité inflammatoire ainsi que le degré d'accumulation de graisses dans le foie, une ponction hépatique peut s'avérer utile. Pour ce faire, le patient est anesthésié localement et un petit fragment de tissu est prélevé pour être ensuite analysé au microscope (histologie). Au cours d'un examen histologique complet, l'activité inflammatoire (grading) et le stade de fibrose (staging) sont déterminés indépendamment l'un de l'autre.

Les porteurs « sains » du virus de l'hépatite C (virus détectable dans le sang, paramètres hépatiques normaux et prélèvement tissulaire normal) sont rares. Chez la majorité des patients, même en présence de paramètres hépatiques sains, des signes d'inflammation chronique sont identifiables dans le foie.

Traitement de l'hépatite C

Afin de stopper ou de ralentir la maladie, il est possible de suivre de manière responsable un traitement par l'interféron alpha, si possible en association avec la ribavirine.

La ribavirine est une molécule qui inhibe le virus de l'hépatite C selon un mécanisme encore partiellement inconnu. Prise en comprimés ou en capsules, elle est particulièrement efficace en association avec l'interféron alpha. Ce dernier est une protéine produite dans l'organisme par, entre autres, les globules blancs, surtout lorsque le corps doit se défendre contre des germes infectieux viraux. L'interféron alpha utilisé pour le traitement du virus de l'hépatite est fabriqué par des méthodes biotechnologiques. Il est injecté dans le tissu adipeux sous-cutané, comme par exemple l'insuline pour le traitement des patients diabétiques. Afin d'améliorer le taux de réponse et la tolérance au traitement par l'interféron alpha, ce dernier peut être couplé au polyéthylène glycol (PEG) pour donner un interféron alpha « pegylé » (PEG-interféron alpha). L'interféron ainsi modifié reste efficace plus longtemps dans le corps et ne doit être injecté qu'une fois par semaine.

Le polyéthylène glycol entoure l'interféron alpha comme une enveloppe de protection et ralentit ainsi sa dégradation. Les parties importantes pour l'efficacité antivirale de l'interféron ne sont cependant pas bloquées. Ainsi, une concentration efficace stable est maintenue afin de stopper la multiplication virale de manière constante pendant une longue période.

Une autre technologie pour prolonger l'efficacité de l'interféron alpha est le couplage à l'albumine séri-

que humaine. Cette dernière est une molécule naturelle présentant longue demi-vie et remplissant de multiples fonctions dans l'organisme. L'interféron alpha couplé à l'albumine (alb-interféron) retient son efficacité antivirale mais bénéficie de la longue demi-vie de l'albumine, ce qui permet une injection toutes les deux à quatre semaines.

Les études cliniques ont montré que, chez les patients souffrant d'hépatite C chronique, les taux de réponse virologique définitive sont nettement meilleurs avec les préparations d'interféron alpha de longue durée d'action qu'avec l'interféron standard à efficacité courte. L'association de l'interféron alpha de longue durée d'action avec la ribavirine peut encore augmenter le taux de guérison. Cette association est également supérieure à l'association interféron standard + ribavirine en termes de tolérance.

La posologie recommandée pour les préparations d'interféron figure sur le tableau présent sur cette page. La posologie de la ribavirine doit être déterminée individuellement par votre médecin en fonction

Posologies standard des interférons

Interféron alpha-2a	3–6 millions d'unités trois fois par semaine
Interféron alpha-2b	3–5 millions d'unités trois fois par semaine
PEG-interféron alpha-2a	180 µg une fois par semaine
PEG-interféron alpha-2b	1,0–1,5 µg/kg de poids corporel une fois par semaine
Alb-interféron alpha-2b	900 µg une fois toutes les 2 semaines

de votre formule sanguine (surtout l'hémoglobine, le pigment sanguin rouge), de votre poids et du génotype du VHC. La posologie se situe typiquement entre 800 et 1'200 mg par jour, répartis en deux administrations (une le matin et une le soir). Pour les patients particulièrement lourds, une augmentation de la dose peut être envisagée. Les infections par les génotypes 1 et 4 du VHC doivent être traitées par environ 15 mg de ribavirine par kg de poids corporel et les infections par les génotypes 2 et 3 par environ 13 mg par kg.

L'objectif principal du traitement est de stopper la progression de la maladie chez les patients touchés (prévention de la formation de tissu conjonctif [cirrhose] dans le foie et de ses complications). Le meilleur moyen d'atteindre cet objectif est d'éliminer totalement le virus de l'hépatite C de l'organisme, c'est-à-dire que l'ARN du VHC n'est plus détectable pendant une longue période par les méthodes les plus sensibles. Les taux de réponse (nombre de patients chez lesquels le virus n'est plus détectable dans le sang pendant le traitement) au traitement par un interféron à action durable et la ribavirine se situent entre 60 et 90%. Malheureusement, un retour du virus est observé chez certains patients ayant auparavant répondu au traitement après l'arrêt de ce dernier ou même pendant la thérapie (cas rare). Globalement, le succès à long terme du traitement associé interféron à action durable + ribavirine est donc de l'ordre de 50–60%.

Il est particulièrement important de prendre régulièrement les médicaments. En cas d'apparition d'effets secondaires sévères (par ex. dépression) sous le traitement par interféron alpha et ribavirine, ils doivent eux aussi être traités par voie médica-

menteuse mais la thérapie antivirale doit être si possible poursuivie. Les effets secondaires associés à l'interféron alpha et la ribavirine se dissipant rapidement après la fin du traitement, la thérapie associée peut alors également être arrêtée.

Le succès thérapeutique est particulièrement élevé lorsque le traitement est initié tôt. La progression d'une hépatite C aiguë vers le stade chronique peut être prévenue par un monothérapie de 24 semaines par le PEG-interféron alpha. Pour ce faire, la thérapie de l'hépatite C aiguë doit commencer au plus tard trois à quatre mois après le moment de l'infection.

Le traitement de l'hépatite C chronique a plus de succès chez les jeunes patients touchés par une hépatite peu évoluée que chez les patients âgés chez qui la pathologie a déjà atteint le stade de la cirrhose du foie. En outre, la probabilité d'une réponse virologique définitive (guérison) au traitement associé est nettement plus élevée chez les patients infectés par le VHC de génotype 2 ou 3 que chez les patients infectés par le génotype 1 ou 4. La durée du traitement exerce également une grande influence sur le succès de ce dernier. Les directives actuelles (2009) concernant le traitement de l'hépatite C chronique recommandent pour les patients avec le génotype 2 ou 3 un traitement standard de 24 semaines, pouvant être raccourci dans les cas favorables à 16 semaines (patient avec poids normal, pas de cirrhose du foie, faible charge virale avant le début du traitement et réponse virologique rapide sans détection de l'ARN du VHC à la 4^e semaine de traitement). Les patients infectés par le génotype 2 ou 3 du VHC et chez lesquels l'ARN du virus peut encore être détecté dans le sang à la 4^e semaine de traitement

peuvent éventuellement profiter d'un traitement dépassant les 24 semaines (36–48 semaines).

La durée de traitement standard pour les patients avec le génotype 1 ou 4 est de 48 semaines. Cependant, chez les patients sans cirrhose du foie montrant une charge virale faible avant le début du traitement et chez lesquels l'ARN viral n'est plus détectable après quatre semaines de traitement, la thérapie peut être réduite à 24 semaines sans compromettre les chances de réponse virologique définitive. Les patients infectés par le VHC de génotype 1 ou 4 et chez lesquels la réponse au traitement antiviral par un interféron à action durable et la ribavirine (ARN viral encore détectable à la 12^e semaine mais plus à la 24^e semaine) est lente semblent profiter d'un traitement prolongé à 72 semaines.

Sur la base de la charge virale initiale et de sa décroissance dans le sang, il est possible de prédire déjà après quatre à douze semaines les chances de guérison définitive.

Plus la diminution de la charge virale est forte et rapide, plus les chances de guérison sont élevées. Les chances d'élimination définitive du virus sont minimales si la chute de la charge virale n'est pas de 99 % au moins pendant les 12 premières semaines de traitement.

Différentes études ont montré qu'un traitement associé par l'interféron et la ribavirine couronné de succès permettait de réduire la proportion de fibres de tissu conjonctif dans le foie et la fréquence d'apparition du cancer du foie. Après l'élimination complète du virus de l'hépatite C, le risque de développement d'un cancer du foie persiste pendant de nombreuses années, c'est pourquoi un contrôle

régulier par des examens échographiques du foie est nécessaire.

De manière générale, il est recommandé à tous les patients touchés par une hépatite C chronique et montrant une forte activité inflammatoire dans le foie de suivre un traitement antiviral pourvu qu'aucune maladie supplémentaire ou autre condition médicale particulière interdisant une telle thérapie ne soit présente. La préparation, la dose et la durée du traitement doivent être choisies individuellement par votre médecin traitant.

Quelles sont les effets secondaires à redouter lors d'un traitement par l'interféron alpha et la ribavirine ?

Les effets secondaires de l'interféron alpha sont fréquents au début du traitement et diminuent significativement avec le temps. Les effets secondaires les plus fréquents sont des symptômes de type gripal tels que la fièvre, les maux de tête, les douleurs dans les articulations et les muscles, la fatigue, la perte d'appétit et la perte de poids. Occasionnellement, on note également des troubles de la fonction thyroïdienne. Certains patients souffrent pendant le traitement d'une sécheresse cutanée marquée et/ou d'une chute de cheveux passagère. Des fluctuations de l'humeur allant jusqu'à la dépression peuvent également survenir. De plus, des modifications marquées de la formule sanguine touchant surtout les globules blancs peuvent apparaître.

Des réactions allergiques peuvent être causées par l'interféron alpha et la ribavirine. Une anémie passagère est un effet secondaire fréquent associé à la ribavirine. Des analyses de sang régulières sont donc absolument indispensables.

Pendant le traitement, les patients doivent discuter régulièrement avec leur médecin traitant et décrire exactement tous les effets secondaires éventuels. De nombreux effets secondaires dus à l'association interféron alpha + ribavirine peuvent être réduits par des ajustements de la dose ou la prescription (provisoire) d'autres médicaments. Toutes les options doivent être envisagées avant d'arrêter totalement le traitement à cause des effets secondaires ou des intolérances.

Une augmentation du risque de malformation chez les nouveau-nés due à la ribavirine n'est absolument pas exclue. Les patients sous ribavirine doivent utiliser une méthode de contraception fiable et la conserver pendant 6 mois après la fin du traitement. Les femmes enceintes avant le début du traitement ne peuvent pas suivre cette thérapie.

À quoi faut-il faire attention avant de suivre le traitement par l'interféron alpha et la ribavirine?

Lors du traitement par l'interféron alpha et la ribavirine, des contrôles réguliers des paramètres hépatiques (ALT, AST), de la formule sanguine et des paramètres thyroïdiens doivent être effectués. Après quatre et douze semaines de traitement (le cas échéant également 24 semaines), la charge virale (ARN du VHC) dans le sang doit être mesurée. On parle de réponse virologique rapide (RVR = « rapid virologic response ») lorsque l'ARN du virus n'est plus détectable dans le sang à la 4^e semaine de traitement par une méthode de test sensible. À la 12^e semaine de traitement, on distingue la réponse complète (cEVR = « complete early virologic response ») de la réponse partielle (pEVR = « partial early virologic response »). Lors de la réponse complète (cEVR), l'ARN du VHC n'est plus détectable dans le sang à la 12^e semaine alors que lors de la réponse partielle (pEVR), la charge virale a chuté à la 12^e semaine d'un facteur 100 par rapport à sa valeur au début du traitement mais l'ARN du virus reste détectable dans le sang. Les résultats de la mesure de l'ARN du VHC aux semaines 4 et 12 permettent d'estimer les chances de succès du traitement ainsi que la durée pendant laquelle il doit être suivi.

Existe-t-il des options thérapeutiques alternatives?

Le traitement par l'interféron alpha seul ou en association avec la ribavirine est actuellement la seule option pour éliminer définitivement le virus de l'hépatite C du corps. Des succès avec des molécules dites alternatives sont régulièrement rapportés. Il n'existe cependant pas d'études contrôlées au cours desquelles l'efficacité de ces préparations est examinée. C'est pourquoi toutes les informations de ce type se basent sur des rapports d'expérience pratique non contrôlés.

Les molécules utilisées pour le traitement des maladies du foie sont par exemple les extraits de chardon-Marie (Silymarin), les préparations à base d'artichaut et la glycyrrhizine, utilisée surtout en Asie du sud-est. Certaines préparations de Silymarin



Le chardon-Marie

(Silibinine) administrées quotidiennement à hautes doses par voie intraveineuse peuvent diminuer la charge virale. Néanmoins, l'innocuité de ces molécules administrées à de telles doses est encore non prouvée et on ne sait pas si elles réduisent simplement la charge virale ou si elles améliorent également le taux de

guérison par le traitement par PEG-interféron + ribavirine. À la posologie habituelle en comprimés, les extraits de Silymarin n'exercent aucun effet sur la multiplication du virus. Toutes les préparations à base de plantes et les molécules alternatives peuvent entraîner des effets secondaires dangereux causant des dommages dans le foie ou des interactions avec d'autres médicaments. Les patients doivent toujours informer leur médecin traitant ou leur spécialiste des préparations supplémentaires qu'ils prennent afin de pouvoir être informés sur la tolérance et les éventuels risques.

Options thérapeutiques futures

Différentes approches thérapeutiques sont actuellement en cours d'étude clinique. Parmi celles-ci, on trouve des inhibiteurs d'enzymes spécifiques au VHC et importantes pour la multiplication virale (inhibiteurs de protéases, d'hélicase, de NS5A et de polymérase). Deux inhibiteurs de protéases du VHC se trouvent au stade de développement le plus avancé (boceprevir et telaprevir). En association avec le PEG-interféron alpha et la ribavirine, ils peuvent augmenter les taux de réponse virologique définitive chez les patients infectés par le génotype 1 de 20% à env. 70–75%. L'autorisation de ces deux molécules est prévue en Europe pour 2011/2012. D'autres molécules sont en cours de développe-



ment comme les immunomodulateurs et des médicaments inhibant les structures cellulaires impliquées dans le développement du virus ainsi que des vaccins thérapeutiques destinés à aider les défenses immunitaires de l'organisme à éliminer le virus de l'hépatite C ou à ralentir la progression de la maladie.

Les scientifiques ont bon espoir de pouvoir à terme traiter avec succès l'hépatite C sans injection d'interféron alpha. Il sera néanmoins nécessaire d'administrer au moins deux ou trois inhibiteurs. Il est important que les nouvelles molécules thérapeutiques, qu'elles soient seules ou en association, ne permettent pas l'apparition de variants viraux résistants.

Globalement, il convient de souligner qu'aucune molécule ne sera autorisée sans la collecte de l'ensemble des données issues des études cliniques sur l'efficacité, la tolérance et la sécurité. Les patients souhaitant être traités aujourd'hui par les médicaments de demain doivent se tourner vers les grands centres de médecine hépatique et s'informer sur les études en cours.

Peut-on se faire vacciner contre l'hépatite C ?

Une vaccination contre l'hépatite A et B est possible mais pas contre l'hépatite C. Un vaccin contre l'hépatite C ne sera probablement pas disponible avant un certain temps.

Si vous n'avez encore jamais été touché(e) par l'hépatite A ou B, vous devriez vous faire vacciner contre ces deux virus. Discutez-en absolument avec votre médecin car une co-infection aiguë par le virus de l'hépatite A ou B chez les patients déjà touchés par une hépatite C peut évoluer vers une condition particulièrement grave.

À quoi dois-je faire attention concernant mon alimentation ?

Si la fonction hépatique n'est pas altérée, aucun régime alimentaire particulier n'est recommandé pour les patients souffrant d'hépatite C chronique. En cas d'altération de la fonction hépatique, une réduction de la consommation de protéines (viande et produits laitiers) et de sel peut s'avérer nécessaire. Vous devriez en discuter avec votre médecin, éventuellement en collaboration avec un diététicien. Il est important que vous renonciez à l'alcool.

L'hépatite C et la grossesse

Le risque de transmission de l'hépatite C de la mère à l'enfant lors de la grossesse est considéré comme faible. La transmission se fait en général lors de l'accouchement. La probabilité d'une infection du nouveau-né par le virus de l'hépatite C est cependant inférieure à 5%. Chez les patients infectés en plus par le virus du SIDA (VIH), la probabilité de transmission du virus de l'hépatite C est plus élevée. La transmission du VHC par l'allaitement reste controversée. Cependant, la plupart des pédiatres ne recommandent pas systématiquement aux mères infectées par le VHC de renoncer à l'allaitement.

Au sujet de l'ELPA

L'ELPA est née du souhait de groupes européens d'auto-assistance en cas de problèmes de foie, d'échanger leurs expériences quant aux manières de procéder différentes selon les différents pays. En juin 2004, 13 groupes de patients de dix pays européens et méditerranéens se sont rencontrés pour donner vie à l'Organisation. L'ELPA a été fondée officiellement le 14 avril 2005 pendant le congrès EASL concernant le foie (European Association for the Study of the Liver).

Le but de l'ELPA est de représenter les intérêts de personnes souffrant de maladies du foie, particulièrement :

- Information sur l'étendue du problème
- Informations et prévention
- Mettre en évidence que les maladies du foie sont peu représentées dans le public par rapport à d'autres secteurs comme par ex. les maladies cardiaques.
- Echange au sujet d'activités satisfaisantes et d'initiatives
- Collaboration avec des institutions professionnelles comme l'EASL et l'UE afin d'établir avec certitude que le traitement et les soins des malades du foie correspondent aux meilleurs standards européens.

European Liver Patients Association (ELPA)

F. De Renesselaan, 57
B – 3800 Sint-Truiden,
Belgium
email: contact@elpa-info.org

Votre interlocuteur local: