



2017

Description de la population incluse dans l'étude de surveillance des porteurs inactifs de l'antigène HBs (PIBAC).

Marone D (1), Causse X (1), Potier P (1), Labadie H (1), Macaigne G (1), Cadranel JF (1), Salloum H (1), Henrion J (1), Renou C (1), Zanditenas D (1), Hommel S (1), Ollivier-Hourmand I (3), Arpurt JP (1), Bresson-Hadni S (2), Fontanges T (2), Schnee M (1), Boyer N (2), Bettan L (1), Coscinea-Cioaca S (1), Heluwaert F (1), Castelnau C (2), Rosa I (1), Beorchia S (2), Hanslik B (2), Bonny C (2), Roque-Afonso AM (4), pour l'ANGH (1), le CREGG (2), le CHU de Caen (3), le CHU Paul Brousse (4).

En 2012, les recommandations de l'EASL ont considéré comme porteurs inactifs du VHB les patients porteurs d'AgHBs, d'anticorps anti-HBc et anti-HBe, sans surinfection virale, sans signe d'hépatopathie évoluée, dont les transaminases ALT étaient constamment normales et la charge virale < 20000 UI/ml (surveillance tous les 3 ou 4 mois pendant au minimum 1 an), alors que le seuil de charge virale retenu dans les précédentes recommandations (2009) était de 2000 UI/ml. La quantification de l'AgHBs semble aussi pouvoir aider à identifier les porteurs inactifs du VHB (< 1000 UI/ml pour le génotype D, < 100 UI/ml pour les génotypes B et C). Plus récemment, un Ag HBcr (core-related) < 3 log d'UI/ml a été retenu comme très évocateur de portage inactif. Enfin, il est de plus en plus clair que des comorbidités interviennent dans l'évolution de la fibrose hépatique. Nous avons inclus consécutivement les porteurs inactifs du VHB vus en consultation, avec le projet de les surveiller durant 5 ans et d'évaluer si l'AgHBs quantitatif à l'inclusion permettait de confirmer le portage inactif ou de reconnaître des porteurs actifs dans cette population. L'influence de l'AgHBs quantitatif à l'inclusion, de l'évolution dans le temps de l'Ag Hbs quantitatif, du génotype viral, des comorbidités (consommation chronique d'alcool ou de tabac, syndrome métabolique, HTA, diabète, dyslipidémie) sur la survenue d'évènements (séroconversion anti-HBs, passage à l'hépatite active) sera également étudiée. De septembre 2014 à juin 2016, 665 porteurs inactifs du VHB ont été recrutés. 113 dossiers sont actuellement insuffisamment renseignés et nous n'avons pu travailler que sur 552 dossiers. Parmi ceux-ci, 56 ont dû être exclus : charge virale > 20000 UI/ml, n = 3 ; charge virale indétectable et AgHBs non quantifiable, n = 10 ; pas de charge virale renseignée à l'inclusion, n = 43. La population étudiée est donc de 496 patients, 455 en consultation hospitalière (91,7%), 41 en consultation libérale (8,3%). On compte 52% de femmes, 48% d'hommes (sex ratio 0,91), d'un âge moyen de 42 ans + 12 (extrêmes 19-79). Les inclus étaient originaires d'Afrique sub-saharienne (46 %), d'Asie du sud-est (13%), de France métropolitaine (13%), du Maghreb (11%), d'Europe occidentale ou d'Amérique du nord (8 %), d'Europe de l'est (3%), des territoires français d'outre-mer (3%), du Moyen Orient (2%) ou d'ailleurs (1%), ce qui est très proche des données de l'INVS sur les patients infectés par le VHB et vivant en France métropolitaine. Ces patients déclaraient une consommation quotidienne moyenne d'alcool : nulle (89%), < 30 g (9%), > 30 g (2%) ; de tabac : nulle (90%), < 20 g (9%), > 20 g (1%) ; de cannabis : nulle (99%), occasionnelle (0,4%), quotidienne (0,6%). 2,9% des inclus avaient un IMC < 18,5 (maigreur), 43,1% un poids normal (IMC entre 18,5 et 24,9), 36,8% un surpoids (IMC entre 25 et 29,9), 12,8% une obésité de classe 1 (IMC entre 30 et 34,9), 3,6% une obésité de classe 2 (IMC entre 35 et 39,9), 0,8% une obésité de classe 3 (IMC de 40 et +), ce qui est comparable aux données d'OBEPi 2012. La charge virale B à l'inclusion chez les 496 patients analysables était : indétectable chez 10,3% ; quantifiable et < 2000 UI/ml chez 71,6 % ; > 2000 et < 20000 UI/ml chez 18,1%. La quantification de l'AgHBs était < 100 UI/ml pour 17,3% de ces patients, entre 100 et 999 UI/ml pour 23,9% d'entre eux et de 1000 UI/ml ou+ chez 58,9%. Le génotype a pu être recherché chez 425 patients, il n'était pas réalisable chez 112 d'entre eux du fait d'une trop faible charge virale. Les 313 génotypes identifiés se répartissaient entre le A (27,2%), le B (6,7%), le C (5,1%), le D (25,2%), le E (35,5%) et le F (0,3%). L'AgHBs quantitatif et la charge virale B quantitative n'apparaissent pas corrélés (R2 0,07, p 0,26). Aucune différence de charge virale n'était constatée en fonction du génotype viral. Conclusion : nous avons inclus près de 700 porteurs inactifs de l'AgHBs, l'étude des 496 dossiers suffisamment renseignés à ce jour montre une population relativement jeune, comparable à la population nationale pour le sex ratio et l'IMC. Nos patients sont en revanche majoritairement originaires d'Afrique, infectés principalement par les génotypes E, A, D, avec une antigénémie élevée. L'existence d'une fraction significative de patients à charge virale élevée (18,1%) donnera un intérêt particulier à leur surveillance dans les 5 ans à venir.

