



2010

Dépistage du virus de l'hépatite B (VHB) chez les malades suivis pour une maladie inflammatoire cryptogénétique de l'intestin (MICI): étude de pratique dans les Hôpitaux généraux

C Poupardin (1), S Nahon (1), F Harnois (2), C Charpignon (3), JF Cadranel (4), J Denis (5), H Hagège (6), B Lesgourgues (1), C Renou (7), ANGH (1) Montfermeil; (2) Lagny; (3) Villeneuve-Saint-Georges; (4) Creil; (5) Corbeil-Essonnes; (6) Créteil; (7) Hyeres

Plus de 50% des malades de la cohorte Césame (MICI) sont traités par immunosuppresseurs et/ou biothérapie. Récemment, l'EASL et ECCO ont souligné l'importance de la connaissance du statut du VHB avant d'initier un traitement par immunosuppresseur ainsi que celle de prescrire un traitement préemptif en présence d'un AgHBs (1, 2). Le but de cette enquête était d'évaluer les pratiques des hépato-gastroentérologues de l'ANGH vis-à-vis du VHB chez les malades atteints de MICI. Méthodes : un questionnaire était adressé à l'ensemble des membres actifs de l'ANGH par courrier électronique. Les réponses étaient obtenues sur la base du volontariat à l'aide d'un questionnaire informatisé composé de questions à choix simple et multiple. Résultats : quatre-vingt sept praticiens répondaient à l'ensemble des questions de cette enquête. L'activité des praticiens était gastroentérologique dans 34% des cas, hépatologique dans 15% des cas et mixte dans 51% des cas. Les marqueurs du VHB étaient recherchés dans 91% des cas, rarement dès le diagnostic de MICI (28%) et plus fréquemment avant le début du traitement par immunosuppresseurs (72%). Le dépistage était majoritairement sérologique (78%). Quarante-neuf pourcents des praticiens recommandaient systématiquement une vaccination des malades séronégatifs alors que 35% d'entre eux ne vaccinaient que les malades à risque d'infection virale. Le contrôle des anticorps anti-HBs était effectué dans 25% des cas après vaccination. Un traitement préemptif était proposé dans 70% des cas chez les porteurs inactifs de l'AgHBs (ADN VHB <2000UI/L). Un dosage de l'ADN du VHB était réalisé dans 75% des cas alors qu'une recherche l'Ag HBe était effectuée dans 29% des cas chez les porteurs isolés de l'Ac anti HBc. Dans cette situation particulière, un traitement préemptif était proposé dans 50% des cas lorsque l'ADN viral était positif et dans 9% des cas s'il était négatif. Les traitements préemptifs instaurés en monothérapie étaient la lamivudine (22%), le tenofovir (24.5%) et l'entecavir (31%). Le traitement préemptif était interrompu 6 mois après l'arrêt des immunosuppresseurs chez 65,5% des porteurs inactifs. Une réactivation virale B sous immunosuppresseurs a été rapportée par 23 % des praticiens. Conclusion : La pratique des hépato-gastroentérologues des hôpitaux généraux est le plus souvent conforme aux recommandations vis-à-vis du VHB chez les malades MICI. Un bilan sérologique précoce devrait permettre de vacciner les malades non immunisés avant l'instauration d'un traitement immuno-suppresseur, bilan qui n'est effectué que par un quart d'entre eux. De plus, un traitement préemptif devrait être systématiquement proposé aux porteurs inactifs du VHB alors qu'il n'est instauré que dans 70% des cas.

[Fermer la fenêtre](#)