

Détection des anticorps spécifiques (anti-VHC)

Test de base pour le dépistage et le diagnostic
Inutile chez le nouveau-né de mère infectée par le VHC car le nouveau-né possède les anticorps maternels (12 premiers mois de vie)

Technique immuno-enzymatique (EIA)
Peut être effectuée dans de nombreux laboratoires hospitaliers
Tests de confirmation effectués au LSPQ
Demeure positif même si le virus devient non détectable

Positif: présence d'anticorps signalant une infection actuelle ou ancienne
Négatif: généralement, absence d'infection **sauf dans les deux situations suivantes:**
■ Fenêtre sérologique: les anticorps apparaissent généralement après 8 à 9 semaines. Peut aller jusqu'à 13 mois si présence du VIH
■ Faux négatif: possible chez les patients hémodialysés ou immunosupprimés

Détection qualitative du génome viral (PCR qualitatif)

Indiqué dans les situations suivantes:
■ sérologie positive et enzymes hépatiques normales répétées pendant six mois
■ avant de commencer une thérapie
■ pour vérifier la réponse au traitement
■ possibilité de faux négatif
■ sérologie indéterminée
■ nouveau-né de mère infectée par le VHC

Amplification génique
Effectuée au LSPQ et dans certains laboratoires hospitaliers

Résultat positif: présence du virus, généralement, infection active
Résultat négatif: ARN viral non détecté

Que peut faire le médecin ?

- Rechercher systématiquement la présence de facteurs de risque.
- Offrir le dépistage aux personnes à risque.
- Conseiller les personnes à risque et les personnes infectées.
- Déclarer les cas d'hépatite C à la Direction de la santé publique.
- Vérifier si la personne infectée a déjà donné du sang et si elle a reçu du sang ou des produits sanguins. Si oui, le signaler à la Direction de la santé publique.
- Vérifier si la personne infectée a déjà donné ou reçu des organes. Si oui, le signaler à la Direction de la santé publique.

- Offrir le suivi médical de première ligne aux personnes infectées:
 - évaluation initiale,
 - vaccination,
 - suivi périodique.

Quel suivi médical peut-on offrir ?

- Bilan initial: évaluation de la fonction hépatique, détection de l'hépatite B et du VIH. En présence d'une infection aiguë, ajouter la recherche de l'hépatite A (IgM anti-VHA).
- Mesures sérieuses des transaminases (ALT), par exemple toutes les 4 à 6 semaines pendant 6 mois, afin d'établir un profil de l'activité des transaminases.
- Vaccination contre les hépatites A et B.
- En présence de cirrhose, dépistage du cancer du foie et vaccination contre le pneumocoque et l'influenza.

Quand doit-on diriger le patient vers un spécialiste ?

- Si l'on décèle des symptômes ou des signes physiques laissant supposer la présence d'une maladie hépatique.
- Si l'on constate des anomalies persistantes ou intermittentes dans les tests hépatiques.
- Si le patient a des ALT normaux répétés mais une virémie persistante (ARN qualitatif positif).
- S'il y a des signes de cirrhose.

Pourquoi diriger le patient vers un spécialiste ?

- Pour décider de la pertinence de compléter l'investigation hépatique par une biopsie hépatique.
- Pour évaluer le risque de progression vers la cirrhose et la pertinence d'un traitement antiviral.
- En présence de cirrhose, pour surveiller les risques d'insuffisance hépatique et déterminer si le patient est candidat à une greffe.

En quoi consiste le traitement ?

- Le traitement de premier choix associe deux médicaments: l'interféron et la ribavirine.
- Il est généralement indiqué lorsque le risque de progression vers la cirrhose est élevé.
- La durée du traitement est habituellement de 6 à 12 mois, selon le génotype du virus.
- Le taux de succès (non-détection de l'ARN viral) est de 30 à 40 % pour la bithérapie.
- Avant d'entreprendre le traitement, le patient doit généralement cesser sa consommation d'alcool et de drogues.

Que dire au patient infecté ?

- Ne pas consommer d'alcool ni de drogues.
- Ne pas donner de sang, d'organes ni de tissus et aviser son médecin des dons antérieurs de sang ou d'organes.
- Ne pas partager les objets d'hygiène personnelle.
- Il n'est pas nécessaire de modifier ses activités sexuelles si la relation est stable et de longue date. Informer toutefois le patient du faible risque de transmission sexuelle.
- Le risque de transmission périnatale est d'environ 5 %.
- L'allaitement n'est pas contre-indiqué.

Pour en savoir davantage, on peut consulter *L'hépatite C - Information à l'intention des médecins*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999.

L'hépatite C

en questions

- L'hépatite C est une infection du foie causée par un virus à ARN découvert en 1989.
- Le VHC est responsable de la plupart des hépatites post-transfusionnelles contractées avant 1992 et classées « hépatite non A-non B ».
- Les nouveaux cas d'hépatite C surviennent surtout chez des personnes de 20 à 39 ans qui font usage de drogues par injection.
- L'hépatite C est actuellement la principale cause de maladie hépatique chronique. La cirrhose terminale reliée à l'hépatite C est la principale indication de greffe hépatique.
- On estime qu'il y aurait, au Québec, entre 40000 et 50000 personnes infectées par le VHC.

Comment se transmet l'hépatite C ?

- Essentiellement par voie sanguine, soit par le partage de matériel d'injection, l'exposition percutanée au sang d'une personne infectée, la transfusion de sang ou l'administration de produits sanguins infectés.
- Actuellement, la transmission est surtout liée au partage de matériel d'injection.
- Depuis le dépistage systématique effectué sur les dons de sang, le risque de transmission du VHC par suite de l'administration de produits sanguins est devenu très faible (de l'ordre de moins de 1/100000).
- La transmission sexuelle est possible mais le risque est faible.
- La transmission par contact étroit (autre que sexuel) est très peu documentée et probablement reliée à des expositions non avouées à du sang. Il n'est pas indiqué d'effectuer un dépistage systématique chez les personnes vivant sous le même toit qu'une personne infectée par le VHC.

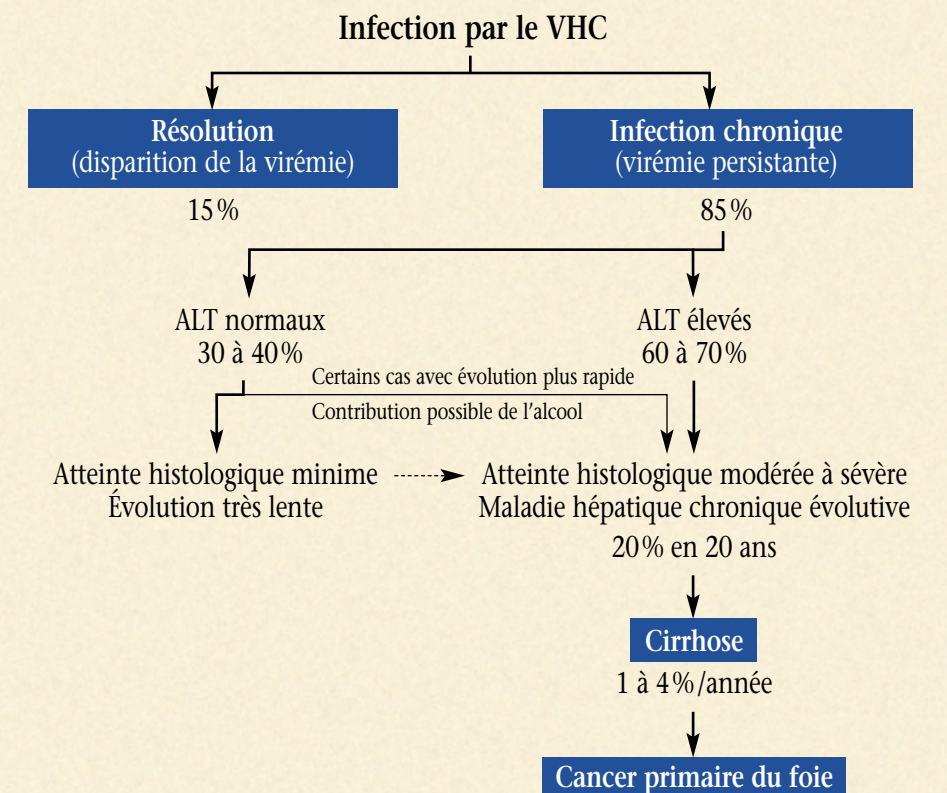
Comment prévenir l'hépatite C ?

- En assurant la sécurité des dons de sang et des produits sanguins: sélection des donateurs, dépistage des dons de sang, recherche des receveurs de sang ou de produits sanguins infectés.
- En réduisant les méfaits liés à la toxicomanie par les interventions suivantes: préconiser le non-partage du matériel d'injection et l'élimination sécuritaire du matériel d'injection, proposer des solutions de rechange à l'injection et favoriser l'accessibilité à des programmes de désintoxication.
- En appliquant les mesures de contrôle des infections.

Personnes à risque	Niveau de risque	Dépistage recommandé	Indication de dépistage non clairement établie
Personne ayant utilisé des drogues par injection	Facteur de risque le plus important • même si une seule fois • même si dans un passé lointain	x	
Personne ayant utilisé des drogues par voie nasale (cocaïne)	Risque probablement présent lié au partage de matériel (p. ex.: pailles pour inhalation)		x
Receveur de produits sanguins d'un donneur infecté par le VHC	Risque très élevé (90%)	x	
Receveur de produits sanguins avant 1992	Risque significatif, surtout avant 1990	x	
Receveur d'organe avant 1992	Risque significatif, surtout avant 1990	x	
Personne hémodialysée	Risque de transmission nosocomiale	x	
Personne ayant reçu des soins de santé dans des pays où les mesures de prévention des infections sont déficientes	Risque variable		x
Personne ayant subi une exposition professionnelle	Risque estimé à 3% s'il y a exposition percutanée à du sang infecté Plus faible si exposition sur muqueuse	x	
Nouveau-né de mère infectée par le VHC	Risque de transmission au nouveau-né d'environ 5% Plus élevé si infection concomitante au VIH (entre 14 et 17%)	x	
Personne ayant un contact sexuel avec une personne infectée	Risque considéré comme faible		x
Personne avec histoire de tatouage, acupuncture, perçage, électrolyse	Risque possible, surtout en l'absence d'application adéquate des mesures de contrôle des infections		x

Comment évolue l'hépatite C ?

- Le patient atteint d'infection aiguë est généralement asymptomatique ou présente de légers symptômes (fatigue, anorexie, malaises ou, dans de rares cas, ictère).
- Environ 85% des personnes infectées par le VHC développent une infection chronique dont l'évolution est insidieuse, lente et variable. La plupart du temps, ces patients sont asymptomatiques. Les symptômes de la maladie hépatique apparaissent lorsque l'atteinte hépatique est avancée.



Comment détecter l'infection par le VHC ?

- Le diagnostic et le dépistage de l'infection reposent généralement sur la détection des anticorps spécifiques (anti-VHC).
- La détection du génome viral est indiquée avant la thérapie antivirale et durant le suivi des patients traités. Elle peut aussi être utilisée éventuellement lorsque le diagnostic sérologique ne peut être clairement établi.
- Le génotypage est utile dans la détermination de la durée du traitement, mais ce test est difficile à obtenir actuellement.
 - La charge virale est un test utilisé surtout dans le domaine de la recherche.