

HEPATITE C CHEZ L'ENFANT ET ADOPTION

HÔPITAL NECKER - ENFANTS MALADES – HEPATOLOGIE PEDIATRIQUE
Université Paris 5 – René Descartes
Florence LACAILLE, Dominique DEBRAY, Muriel GIRARD
Hôpital Necker-Enfants malades, Hépatologie pédiatrique, Paris.
Août 2012

Les enfants proposés pour une adoption sont souvent originaires de pays où l'infection par le virus de l'hépatite C est fréquente.

La proportion d'enfants contaminés par le virus C proposée à l'adoption a tendance à augmenter.

Des enfants ont été et seront adoptés en connaissance de leur infection par les parents adoptants. Pour d'autres en l'absence de dépistage possible en pré-adoption dans le pays d'origine de l'enfant ou de certitude sur la fiabilité des tests diagnostiques pratiqués, la découverte a été faite lors du bilan de santé d'arrivée.

L'hépatite C telle qu'elle est décrite sur Internet n'a pas grand-chose à voir avec la réalité vécue par les enfants atteints, leur famille et le pédiatre spécialiste qui les suit. Il n'est fait mention que de cirrhose, de cancer et de transplantation du foie.

Le quotidien « vécu » est celui d'enfants « normaux », en bonne santé et destinés à le rester pour la grande majorité d'entre eux, puisque le risque de développer une maladie sévère du foie est d'environ 20%, après 20, 30 ou 40 ans d'évolution, sans doute moins si l'on a été contaminé dans l'enfance et certainement moins si l'on s'abstient d'alcool.

I. LE VIRUS DE L'HEPATITE C

1) Mode de fonctionnement du virus

Le virus de l'hépatite C se multiplie surtout dans le foie, qu'il n'attaque pas directement. Ce sont les globules blancs du système immunitaire, qui, incapables de le tuer, détruisent les cellules du foie. Le virus peut être éliminé rapidement après l'infection ("hépatite aiguë"), ou persister dans le foie pendant des années ("hépatite chronique").

2) Mode de transmission

Le virus se transmet principalement de deux façons :

- **par les transfusions de sang** : ce mode de transmission n'existe à peu près plus en France ; mais l'enfant peut avoir été traité dans son pays d'origine avec des transfusions de sang mal contrôlé, ou du matériel médical mal stérilisé ; il peut aussi s'agir d'adolescents s'injectant des drogues avec des aiguilles contaminés ;
- **pendant la grossesse et à la naissance** : c'est la voie de contamination la plus habituelle pour les enfants. Le virus est transmis avant l'accouchement, et il n'y a donc pas d'intérêt à proposer une césarienne systématique pour empêcher l'infection de l'enfant ; le risque est d'environ 5 % (mais beaucoup plus si la mère est aussi infectée par le VIH). Il n'y a pas de prévention possible, mais il est recommandé d'éviter si possible, pendant la grossesse et à la naissance, toutes les manœuvres qui pourraient être contaminatrices (amniocentèse par exemple).

Les autres modes de transmission sont très rares, s'ils existent : contamination sexuelle, transmission « horizontale » dans la famille « nucléaire » ; en effet, le virus n'est pas capable de traverser la peau ou l'intestin, et la quantité de virus qui circule dans le sang est très faible (si l'on compare en particulier au virus de l'hépatite B ou au VIH), et les patients infectés sont donc très peu contagieux. Enfin, il n'existe pas de risque de transmission par le lait maternel.

3) Epidémiologie

La fréquence de l'infection est différente selon les régions du monde, et dépend des modes de transmission sanguine :

- 20% de la population en Egypte, qui a été contaminée lors de vastes campagnes de traitement anti-parasitaire injectable, réalisées sans matériel à usage unique ;
- 0,5 à 1% en France, où la transmission a eu, et a malheureusement toujours, lieu surtout par toxicomanie intraveineuse.

L'infection est rare en Afrique subsaharienne, fréquente en Europe de l'Est.

4) Evolution

L'évolution chronique, c'est-à-dire la persistance du virus dans l'organisme, concerne 70 à 80% des adultes infectés, et environ 70% des nouveau-nés (parmi les 5% contaminés) : un tiers des enfants porteurs du virus dans la première année de vie va l'éliminer avant l'âge de trois ans.

II. DIAGNOSTIC

On mesure dans le sang :

- les anticorps :
 - fabriqués par l'organisme dès qu'il rencontre le virus,
 - persistent même si l'infection est guérie
 - passent du sang de la mère dans celui de l'enfant et sont retrouvés quelquefois jusqu'à 18 mois. Cela explique que la recherche de ces anticorps (la « sérologie ») ne soit pas utile chez l'enfant avant 15-18 mois, car il est impossible de savoir s'il s'agit d'anticorps de la mère, qui vont disparaître, ou au contraire s'ils ont été fabriqués par l'enfant parce qu'il a été infecté. Il faut donc rechercher dans le sang le virus lui-même ;
- l'ARN du virus (son chromosome), pour affirmer l'infection (par technique PCR).

On évalue le retentissement sur le foie par :

- la mesure d'enzymes, actives normalement dans le foie et absentes du sang,
 - les transaminases (ASAT=SGOT, ALAT=SGPT).

III. CLINIQUE ET SURVEILLANCE

Dans l'immense majorité des cas, l'enfant va très bien, grandit, ne se plaint de rien et a un examen clinique normal. Le rôle majeur du pédiatre est de prévenir la **consommation d'alcool** (sauf le champagne du baccalauréat, le rhum dans les gâteaux, et les chocolats à la liqueur, etc.), dont la consommation régulière est certainement le facteur le plus fréquent et important de complications.

La surveillance habituelle consiste en une à deux consultations par an, pour examiner l'enfant, informer sur les risques de l'alcool, conseiller les vaccins contre les autres hépatites virales (A et B), et envisager un traitement s'il y a lieu.

Les contrôles sanguins ont pour but de mesurer :

- la quantité de virus circulant dans le sang,
- et le taux des transaminases.

Un tiers des enfants contaminés à la naissance éliminent spontanément le virus avant l'âge de trois ans. Il est de règle de contrôler ensuite pendant deux ou trois ans que cette guérison est bien complète et définitive, puis la surveillance peut être interrompue. L'attitude est la même pour un enfant de plus de 18 mois chez qui l'on ne retrouve que des anticorps contre le virus : plusieurs contrôles négatifs pour l'ARN du virus, sur deux à trois ans, permettent d'affirmer la guérison. Le risque qu'il se soit constitué des lésions importantes dans le foie pendant le temps de présence du virus est à peu près nul.

Les transaminases sont normales chez la moitié des enfants et un peu élevées chez les autres, leur taux n'étant pas un bon reflet d'éventuelles lésions dans le foie. Il est par contre inhabituel que les transaminases soient très élevées (plus de 2-3 fois le taux normal), et il peut alors être nécessaire de faire d'autres examens.

Deux complications sont possibles :

- **la cirrhose**, qui est la destruction des cellules normales du foie et leur remplacement par des cicatrices.

Elle n'a jamais été observée chez l'enfant, sauf en cas d'autres facteurs à l'origine de lésions dans le foie sont associés (infection par le VIH, traitement prolongé indispensable et toxique pour le foie, transfusions de sang répétées pour une anémie héréditaire). Elle est recherchée à l'examen clinique (gros foie) et à l'échographie du foie, et confirmée par une biopsie (prélèvement à l'aiguille) du foie. D'autres examens permettant d'éviter la biopsie du foie pour évaluer la quantité de fibrose et l'existence d'une cirrhose sont actuellement disponibles et peuvent être prescrits. La cirrhose touche environ 20% des adultes, sans doute moins si l'on a été contaminé tôt dans la vie, après 20 à 40 ans d'évolution. Il s'agit en majorité d'hommes, sans doute parce que l'alcool est un facteur additionnel très important.

- **le cancer du foie**, qui ne se développe qu'en cas de cirrhose du foie et n'a jamais été observé chez l'enfant.

IV. VIE QUOTIDIENNE

Elle doit être normale, la seule règle à suivre concernant la modération de la consommation d'alcool.

A noter qu'il est recommandé de ne pas inscrire la mention « hépatite C » dans le carnet de santé de l'enfant. En effet, et bien que ce soit un dossier médical soumis à la confidentialité, le carnet passe souvent entre des mains non professionnelles de santé, et il y a un risque de stigmatisation. Les parents peuvent donner l'information oralement au médecin scolaire s'ils le jugent nécessaire.

V. TRAITEMENT

L'immense majorité des enfants n'est pas malade et n'a aucun symptôme ; les complications potentielles surviennent tardivement à l'âge adulte.

Le traitement n'est jamais une urgence et, étant donnée son « agressivité » (injections, et prises de sang régulières), n'est sûrement pas indiqué à l'arrivée d'un enfant adopté.

Le traitement « standard », autorisé seulement après l'âge de trois ans, est une association de ribavirine, en sirop ou comprimé deux fois par jour, et d'interféron (péguylé, c'est-à-dire traité pour être actif pendant plusieurs jours), qui s'administre en une injection par semaine (en sous-cutané, comme l'insuline chez les diabétiques, l'injection pouvant être réalisée par une infirmière, les parents ou l'adolescent lui-même).

Ce traitement peut avoir des effets secondaires : fièvre après les premières injections, fatigue, ralentissement de croissance, baisse modérée des globules blancs régressant après la fin du traitement), agressivité et troubles psychiques plus particulièrement chez l'adolescent.

Ce traitement nécessite une surveillance par consultations et prises de sang régulières (une fois par mois, plus au début du traitement) et il est souhaitable d'éviter ce traitement pendant les années scolaires les plus importantes (CP, 6^e, 1^{ère}, Terminale).

L'efficacité de ce traitement dépend du sous-type de virus (« génotype »), le sous-type 1, le plus fréquent, étant le moins sensible : à peine la moitié des enfants traités sont guéris après un an de ce traitement, c'est-à-dire que le virus a définitivement disparu, les anticorps (fabriqués par l'organisme) restant présents toute la vie. En revanche, presque tous les enfants infectés par un virus de génotype 2 ou 3 sont guéris après 6 mois de traitement.

De nouveaux médicaments oraux (analogues nucléosidiques) sont utilisés chez les adultes depuis 2010- 2011, associés à l'interféron et la ribavirine, soit d'emblée en cas de virus de génotype 1, soit secondairement en cas d'échec du traitement par ribavirine et interféron pégyulé. Des études sont actuellement en cours pour évaluer l'efficacité et la tolérance de ces nouveaux traitements chez l'enfant, qui entraînent chez l'adulte des effets secondaires non négligeables (anémie, problèmes de peau, etc.)

VI. QUI TRAITER ?

L'indication d'un traitement n'est jamais une urgence. Il est discuté avec les parents en fonction de la situation de l'enfant, son âge, sa scolarité, ses souhaits s'il est en âge de les exprimer, le risque d'effets secondaires, le génotype du virus, le niveau des transaminases, etc.

Il doit être surveillé par un médecin habitué à prescrire ces médicaments. Des examens approfondis, trois mois après le début du traitement, permettent de vérifier que la quantité de virus circulant dans le sang a largement diminué, ce qui est un bon signe de succès final. Si ce n'est pas le cas, le traitement est interrompu. Quand le virus n'est plus retrouvé dans le sang à la fin du traitement, c'est un excellent signe de guérison définitive. Toutefois, le virus peut, dans de rares cas, réapparaître dans l'année qui suit, et il faut donc continuer à surveiller l'enfant au moins pendant deux ans.

VII. VACCINS

Il n'y en a pas de vaccination disponible vis-à-vis du virus de l'hépatite C, car, pour des raisons tenant à la biologie du virus, il est très difficile de développer un vaccin. Il est par contre recommandé de vacciner l'enfant vis-à-vis des autres virus responsables d'hépatites : virus A (transmis par l'eau ou « les mains sales » dans les régions à bas niveau d'hygiène), et virus B (transmission sanguine et sexuelle).