

HEPATITE B 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.

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

La proportion d'enfants contaminés par le virus B 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 est faite lors du bilan de santé d'arrivée. Cependant, cette probabilité est faible pour les enfants proposés par l'AFA car le Pôle Santé vérifie que le dossier médical de l'enfant comporte bien ces sérologies de dépistage. Si ce dernier ne comportait pas ces examens recommandés dans le cadre de la convention de La Haye, le médecin de l'AFA recommanderait aux adoptants de solliciter auprès de l'Autorité Centrale du pays d'origine de l'enfant que ces tests soient réalisés.

Le pédiatre spécialiste s'adressant aux parents d'un enfant porteur du virus de l'hépatite B doit concilier deux impératifs :

- être assez rassurant pour que l'enfant ne soit pas considéré comme un malade chronique grave vivant sous une épée de Damoclès
- et décrire précisément les complications possibles, pour fidéliser les parents à l'indispensable (mais peu pesante) surveillance.

Sa tâche n'est pas facilitée par Internet, où l'on ne parle que de cirrhose et de cancer, ni par des publications destinées à des parents adoptants, où l'hépatite B est décrite comme une maladie très grave.

I. LE VIRUS DE L'HEPATITE B

1) Répartition géographique

Dans le monde, on distingue trois zones géographiques, où la fréquence de l'infection est très différente :

- **Haute endémie** : Extrême-Orient, Afrique Noire, bassin amazonien : 10 à 20% de la population y est chroniquement infectée par le virus ("porteurs chroniques"), 80% de la population a dans le sang des anticorps témoignant d'une hépatite ancienne guérie ;
- **Moyenne endémie** : bassin méditerranéen, Europe du Centre et de l'Est, Moyen-Orient : 3 à 7% de "porteurs chroniques";

- **Basse endémie** : France et Europe du Nord-Ouest, Amérique du Nord : moins de 2% de "porteurs chroniques".

2) Mode de fonctionnement du virus

Le virus de l'hépatite B se multiplie surtout dans le foie. Il n'y est pas toxique : ce sont les globules blancs du système immunitaire, qui, incapables de le tuer directement, détruisent les cellules qui le contiennent. Il peut être éliminé rapidement après l'infection ("hépatite aiguë"), ou persister dans le foie pendant des années ("hépatite chronique").

3) Mode de transmission

Le virus peut se transmettre de 4 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 contaminées ;
- **par les sécrétions sexuelles** : c'est le principal mode de transmission du virus B dans la population adulte ou adolescente.
- **à la naissance** : c'est la voie de contamination la plus habituelle pour les enfants ; le virus est transmis par les échanges de sang entre la mère et le nouveau-né à l'accouchement ; selon le stade d'hépatite chronique de la mère, le risque est de 20 à 100% ; il est prévenu par l'injection du vaccin et de gammaglobulines spécifiques au bébé dès la naissance ; c'est le deuxième mode de transmission de l'infection dans le monde ;
- **à l'intérieur de la famille** : le virus se retrouve dans toutes les sécrétions, en particulier la salive, mais en quantité minime ; il n'est pas capable de traverser la peau ni l'intestin. Le risque de contamination « par la salive » (baisers, boire dans le même verre, ...) est nul, mais dans une famille « nucléaire », il existe au fil des ans de multiples autres possibilités de pénétration du virus (on se pique avec la même aiguille, on se coupe avec le même couteau, on utilise la même brosse à dents...), et donc de contamination. C'est pourquoi il faut tester rapidement l'entourage d'une personne infectée, et vacciner tous les sujets indemnes. Le risque de contamination est par contre trop faible dans une crèche ou à l'école pour en informer l'établissement.

4) Evolution

L'évolution chronique, c'est-à-dire la persistance du virus dans le corps, ne concerne que 10% des adultes infectés, mais elle est la règle pour les nouveau-nés (70 à 90%). Ceci est sans doute dû à l'immaturité du système immunitaire, responsable d'une « tolérance » au virus.

II. DIAGNOSTIC

On mesure dans le sang plusieurs éléments du virus :

- les antigènes HBs et HBe (« enveloppe » du virus),
- l'ADN viral (son chromosome) 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).

Au début de l'infection, en situation de « tolérance », les deux antigènes sont retrouvés, ainsi que des quantités très importantes d'ADN, les transaminases sont normales : le virus se multiplie sans contrôle, et, si on regardait le foie au microscope, il apparaîtrait normal.

Plus tard (de quelques mois à jamais), le système immunitaire « se réveille » : on voit alors s'élever les transaminases, et diminuer l'ADN viral. C'est la phase de « séroconversion », qui est celle où se constituent les lésions du foie (les globules blancs essaient de détruire le virus en attaquant les cellules du foie) : c'est à cette période qu'un traitement peut agir. Puis l'antigène HBe disparaît, il apparaît un anticorps (anti-HBe), l'ADN viral disparaît, les transaminases se normalisent : c'est la phase « non répliquative », où on ne trouve quasiment plus de virus circulant ; il y en a par contre encore dans le foie. A ce stade, les lésions séquellaires de la phase antérieure sont d'importance variable, de cicatrices minimales jusqu'à la cirrhose, rare chez l'enfant. Ultérieurement, ou jamais, l'antigène HBs peut aussi disparaître.

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.), et d'informer sur les risques de transmission (en particulier sexuelle chez les adolescents).

Deux complications sont possibles :

- **la cirrhose**, qui est la destruction des cellules normales du foie et leur remplacement par des cicatrices.
Elle est très rare chez l'enfant. Elle est recherchée à l'examen clinique, et à l'échographie du foie, et confirmée par la 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 en zone de haute endémie (donc le plus souvent contaminés à la naissance), après 40-50 ans, en majorité des hommes, sans doute parce que l'alcool est un facteur additionnel très important ;
- **le cancer du foie**, qui peut survenir quelle que soit l'importance des lésions dans le foie, est très rare dans l'enfance. Il est favorisé en Afrique et en Chine par des facteurs de l'environnement, qui sont aussi cancérigènes. Le risque, très faible mais réel, explique que dès l'âge de 4 ans, une surveillance annuelle régulière s'impose par le dosage sanguin de l'alphafoetoprotéine et la réalisation d'une échographie du foie.

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 l'hépatite virale A, et envisager un traitement s'il y a lieu.

Les contrôles sanguins et radiologiques ont pour but de préciser la situation de l'enfant vis-à-vis du virus (antigènes et anticorps, quantité de virus, «tolérance», «séroconversion»), le taux des transaminases, et de dépister les complications (échographie, alphafoetoprotéine).

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 B » 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.

La contagiosité dans la vie « normale », en dehors de la famille « nucléaire », est trop faible pour justifier une information de la crèche ou de l'école. Par contre, la famille vivant sous le même toit doit être dépistée et vaccinée, et il est souhaitable que l'assistante maternelle le soit aussi. Si l'enfant vit en institution spécialisée (pour enfants handicapés par exemple), la vaccination généralisée des autres enfants est fortement recommandée.

V. TRAITEMENT

L'immense majorité des enfants n'est pas malade et n'a aucun symptôme, et 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, pour qui ce serait un bien mauvais accueil. De plus, il est observé dans l'enfance une proportion non négligeable (de l'ordre de 30 à 40%) d'arrêt spontané de la multiplication du virus, avec disparition de l'antigène HBe et de l'ADN viral.

Le traitement « standard », autorisé seulement après l'âge de trois ans, est l'interféron péguylé 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), et agressivité, troubles psychiques plus particulièrement chez l'adolescent.

Ce traitement nécessite une surveillance par des 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).

Les meilleures chances d'efficacité de ce traitement sont observées chez les enfants ayant des transaminases élevées, et non contaminés à la naissance ce qui est peu fréquent en pratique !

L'interféron peut accélérer la phase de « séroconversion », mais ne la déclenche pas. Si les critères précités sont favorables, on peut espérer une forte proportion d'arrêt de la multiplication du virus, donc de disparition de l'antigène HBe et de l'ADN viral. La surveillance ultérieure est cependant la même que pour des enfants ayant séroconverti spontanément.

La lamivudine est le deuxième traitement autorisé chez l'enfant, s'administre en sirop ou comprimés, mais n'est quasiment plus utilisé, car il contrôle la multiplication du virus sans l'annuler (le virus réapparaît dès qu'on arrête le traitement), et d'autre part il favorise l'apparition de virus qui sont devenus résistants : au moins 50% des cas après 3 ans de traitement. Il est par contre très bien toléré.

L'adéfovir est un autre traitement oral, autorisé, hors de France, chez les adolescents. Il est dans l'ensemble bien toléré, mais la durée du traitement n'est pas bien définie : à vie ?

Si une complication grave est détectée (exceptionnelle chez l'enfant), cirrhose ou cancer, on peut envisager l'utilisation d'autres médicaments en cours d'expérimentation, en particulier ceux utilisés chez les adultes (ténofovir, entécavir, telbivudine...), ou la chirurgie, et au maximum la transplantation du foie en cas de cancer.

VI. VACCIN

La prévention par la vaccination est le moyen le plus efficace de lutter contre l'infection. Le vaccin est fait d'antigène HBs (« synthétique »), est très efficace et très bien toléré. Il s'administre en 2 injections à un mois d'intervalle, avec un rappel 6 mois plus tard. On ne fait de rappels que s'il existe un risque important de contamination (personnel de santé, porteur chronique du virus dans la famille).

Le vaccin donne-t-il la sclérose en plaque ? Cette polémique exclusivement française n'a reçu aucune confirmation des nombreuses études réalisées depuis l'annonce médiatisée de 1994, ayant fait suspendre (seulement en France) la vaccination généralisée dans les collèges. Les experts nationaux (Haut Comité pour la Santé Publique) et internationaux (OMS, ECDC en Europe et CDC aux USA) recommandent la vaccination vis-à-vis de l'hépatite B de toutes les populations, pour espérer faire un jour disparaître le virus.