



Alcool, stéatohépatite métabolique, insulino-résistance et hépatite C

Alcohol, steatohepatitis, insulino-resistance and hepatitis C

P. Couzigou^{a,*}, P. Mathurin^b, L. Serfaty^c, P. Cacoub^d, J. Moussalli^e, G. Pialoux^f, P. Chossegros^g, L. Cattan^h, S. Polⁱ

^aService d'Hépatogastroentérologie, Hôpital du Haut-Lévêque, 1, avenue de Magellan, 33604 Pessac, France

^bService d'Hépatogastroentérologie, Hôpital Claude Hurriez, Rue Michel Polonovski, 59037 Lille Cedex, France

^cService d'Hépatologie, Hôpital Saint-Antoine, 184, rue du Fbg St Antoine, 75012 Paris, France

^dService de Médecine Interne, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, 47, bd Hôpital, 75013 Paris, France

^eService d'Hépatologie, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, 47, bd Hôpital, 75013 Paris, France

^fService de Médecine Interne, Hôpital Tenon, 4, rue Chine, 75020 Paris, France

^gService de Médecine Pénitentiaire, Hospices civils, 3, quai Célestins, 69002 Lyon, France

^hMédecin généraliste, Noisy-le-Sec, France

ⁱService d'Hépatologie, Hôpital Cochin, 27, rue du Fbg St Jacques, 75014 Paris, France

MOTS CLÉS

Virus de l'hépatite C ;
Co-morbidités ;
Alcoolisme ;
Stéatohépatite ;
Syndrome métabolique

Résumé

Les patients ayant une hépatite chronique C ont fréquemment d'autres pathologies, à la fois du fait de leur fréquence dans la population générale mais aussi du fait des facteurs de risque responsables de la contamination. Ces co-morbidités aggravent l'évolution de la fibrose au cours de l'histoire naturelle de l'hépatite C et diminuent la réponse au traitement antiviral. Il est donc important de dépister et de prendre en charge ces co-morbidités, parfois intriquées. Ce sont l'alcool ou le syndrome métabolique, responsables d'une insulino-résistance, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou une infection associée par le virus de l'hépatite B mais aussi le tabagisme et la consommation excessive de cannabis. Une prise en charge optimale doit être multidisciplinaire pour réduire les risques de progression de la fibrose et améliorer l'efficacité thérapeutique. Elle ne doit cependant pas priver l'hépatologue de retrouver une démarche de prise en charge globale, qui est indispensable au niveau individuel et en termes de santé publique.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Auteur correspondant. Service d'Hépatogastroentérologie, Hôpital du Haut-Lévêque, 1, avenue de Magellan, 33604 Pessac, France
Adresse e-mail : patrice.couzigou@chu-bordeaux.fr (P. Couzigou)

KEYWORDS

Hepatitis C virus;
Co-morbidities;
Alcoholism;
Steatohepatitis;
Metabolic syndrome

Abstract

Patients with chronic hepatitis C have frequently other morbidities, either because they are frequent in the general population (metabolic syndrome) and/or because the route of contamination (chronic alcohol consumption succeeding to drug abuse). These co-morbidities have a harmful impact on fibrosis progression during the natural history of HCV infection and reduce the efficacy of antiviral treatments. Thus, it is crucial to diagnose early and treat these different diseases which may be combined. They are the metabolic syndrome and/or chronic alcohol consumption resulting in insuline resistance, infection by the human immune deficiency virus or by the hepatitis B virus as well as chronic tobacco use or excessive consumption of cannabis. An optimal is based on a multidisciplinary approach to reduce fibrosis progression and improve the efficiency of antiviral therapies. However, the hepatologist has to come back to a global care, which is mandatory at the individual level as well as for the public health.

© 2008 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les personnes malades qui consultent pour une hépatite chronique C ont fréquemment d'autres pathologies, du fait de leur fréquence dans la population générale et de leur tropisme hépatique. Ces co-morbidités peuvent aggraver l'histoire naturelle de l'hépatite C et diminuer la réponse au traitement antiviral. Devant ce constat, il est important de repérer et de prendre en charge ces différentes co-morbidités.

Alcool et hépatite C

En France, les consommateurs à risque sont estimés à environ 5 millions de personnes, soit près de 10 % de la population. Environ 1,5 million d'entre eux, soit plus d'un tiers, sont alcoolodépendants [1]. Chez les malades ayant une hépatite C, pris en charge pour la première fois dans un pôle de référence en 2004, 36 % des hommes avaient une consommation d'alcool supérieure à 28 verres/semaine et 10 % des femmes avaient une consommation d'alcool supérieure à 21 verres/semaines [2]. La consommation d'alcool est en elle-même responsable d'hépatopathie sévère, de cirrhose et de décès. En cas d'hépatite C, une consommation d'alcool supérieure à 50 g/j majore la vitesse de progression de la fibrose [3]. Mais existe-t-il un seuil de consommation d'alcool sans risque hépatique chez une personne contaminée par le virus de l'hépatite C (VHC) ? Trois études transversales ont montré une association entre l'évolution de la fibrose et une consommation dite « modérée » d'alcool [4-6]. L'étude de Monto et al de 800 malades ayant une hépatite C avec ponction-biopsie hépatique ne permet pas de conclure à l'existence d'un seuil de consommation d'alcool sans risque [7]. Une étude prospective américaine chez les usagers de drogue, avec

un tiers de malades co-infectés par le VIH, a mis en évidence une augmentation de l'incidence de cirrhose chez les malades qui avaient une consommation d'alcool supérieure à 90-260g/semaine [8]. Une étude suédoise a mis en évidence une vitesse accrue de développement de la fibrose pour une consommation d'alcool simplement de 5,7 g/j [9]. On ne peut pas conclure à l'existence d'une dose seuil en dessous de laquelle il n'y aurait pas de risque d'aggravation de la fibrose en cas d'hépatite C. Le conseil doit donc être personnalisé et tenir compte de l'histoire naturelle de l'hépatite C et de l'histoire de la consommation d'alcool chez une personne donnée. Il faut aussi tenir compte de l'effet global de la consommation d'alcool sur la santé, en particulier sur le plan cardio-vasculaire [10]. Une méta-analyse récente a conclu à l'absence de dose seuil [11]. Selon la conférence de consensus française de 2002, la consommation d'alcool ne doit pas être supérieure à 10 grammes d'alcool par jour, et l'abstinence doit être recommandée en cas de fibrose sévère ou de cirrhose [12].

Concernant l'effet de l'alcool sur la réponse au traitement antiviral, peu de données sont disponibles. En 2006 a été publiée une étude de 626 malades dans laquelle les malades avaient, sous interféron et ribavirine, une réponse virologique inférieure à 20 %. Un effet de l'alcool n'était observé que comme favorisant un arrêt thérapeutique prématuré [13,14]. Par contre, il n'y avait pas de différence significative de réponse virologique prolongée chez les malades ayant effectué l'ensemble du traitement. Ces données récentes obtenues avec l'association interféron-ribavirine ne confirment pas les données antérieures décrites avec l'interféron standard, de rechute significativement plus fréquente en cas de consommation d'alcool [15]. En fait, il existe très peu de données sur l'effet de la consommation d'alcool pendant la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3290997>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3290997>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)