

## Edito

### Aux médecins qui ne me lisent pas

Une fois n'est pas coutume, ce billet n'est pas adressé aux personnes atteintes d'hépatite, mais aux hépatologues. Pas forcément à ceux qui lisent ce journal et sont, de fait, déjà sensibles à la cause des malades, mais à tous les autres.

Donc, chers docteurs qui ne me lisez pas, posez-vous la question suivante : que se passe-t-il entre deux rendez-vous avec un patient ? La réponse est scientifiquement établie : il continue à vivre, même en dehors du cabinet médical.

Et alors, me direz-vous ? Alors, ça change tout. Car il va vivre tout ce temps avec l'information que vous lui avez délivrée : « Ça y est, le traitement est terminé. Il n'y a plus qu'à attendre. » Ou bien : « Je suis désolé, mais le traitement ne marche pas. Il vaut mieux l'arrêter. » Ou encore : « Il va falloir vérifier régulièrement qu'un cancer ne se forme pas. » Et, au moment où vous l'accompagnez vers la sortie : « Revenez me voir dans six mois. »

À la seconde même où vous êtes contraint d'oublier ce patient pour vous consacrer au suivant, il entre dans cent quatre-vingt-trois jours d'incertitude. Quatre mille trois cent quatre-vingt-douze heures d'angoisse potentielle. Deux cent soixante-trois mille cinq cent vingt minutes de solitude, à ruminer le risque de rechute ou l'échec thérapeutique.

« Revenez dans six mois. » De grâce, méfiez-vous de cette formule anodine. Aux permanences et à l'écoute téléphonique de SOS hépatites, nous sommes bien placés pour le savoir : parfois, elle fait des ravages.

Thomas LAURENCEAU

## Sommaire

### Hépatati hépatata p. 2

- ▷ Le site soshepatites.org fait peau neuve
- ▷ Les non-répondeurs, ces mal nommés
- ▷ Génotype 3 : du bon et du moins bon

### Juridique p. 4

- ▷ Le droit à l'indemnisation des personnes contaminées par transfusion, un entretien avec Paul Bara

### Le club des F4 p. 6

- ▷ Le suivi d'une cirrhose

### Dossier p. 9

- ▷ Comprendre ses examens sanguins
- ▷ Numération et formule sanguine

### La vie des associations p. 14

- ▷ La Haute-Marne Hépatante : c'est parti !
- ▷ Infos régions

Directeur de la publication Pascal Melin  
Comité de rédaction Michel Bonjour,  
Eric De Keyser, Thomas Laurenceau, Pascal Melin  
Abonnements Corinne Daoze  
Maquette & infographie Studio-B  
Crédits photos images banques, SOS  
hépatites / Impression Guillemain / Edité par  
Fédération SOS hépatites BP 88,  
F-52103 Saint-Dizier Cedex.  
Tél. 03 25 06 12 12 - Fax 03 25 06 99 54  
www.soshepatites.org  
contact@soshepatites.org  
Dépôt légal à parution. Les textes publiés  
n'engagent que leurs seuls auteurs.  
Ce numéro a été réalisé avec le soutien de  
Roche et Schering-Plough en toute indépendance  
éditoriale. Tirage 3 000 exemplaires.



### Comprendre ses examens sanguins

page 9

### Juridique L'indemnisation des personnes contaminées par transfusion



page 5

## Le site web fait peau neuve

Le site web de la fédération a revêtu ses nouveaux habits. Vous y trouverez toutes les informations utiles sur la fédération, les contacts avec associations régionales, toutes les publications et pour certaines téléchargeables et imprimables au format .pdf, les informations clés sur les hépatites, une base de liens très utiles et des actualités. Un forum de discussions libre d'accès est à votre disposition. Vous verrez que vous êtes nombreux à vous posez les mêmes questions, à avoir les mêmes doutes et que l'expérience des autres permet aussi de trouver le soutien dont on a parfois besoin. Vous pouvez poser vos questions directement par mail, on vous répondra aussi. On vous attend sur [www.soshepatites.org](http://www.soshepatites.org)



## La transplantation hépatique en questions

Comment optimiser la prise en charge des patients transplantés pour hépatite virale ? Dans quels cas la cirrhose alcoolique est-elle une indication de transplantation hépatique ? Quels cancers du foie peut-on traiter par la transplantation hépatique ? Quelle est la place du donneur vivant en transplantation hépatique ? Quelles sont les extensions à l'indication de transplantation hépatique ?

Ces questions recevront les réponses des experts lors de la « conférence de consensus » sur les indications de la transplantation hépatique qui aura lieu au Palais des congrès de Lyon les 19 et 20 janvier 2005. Elle est organisée par l'Association Française de Chirurgie Hépatobiliaire et de Transplantation Hépatique (ACHBT) et l'Association Française pour l'Etude du Foie (AFEF), avec la participation de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

L'Établissement Français des greffes (EFG) est co-promoteur. Le Comité d'organisation est présidé par Karim Boudjema. Didier Samuel est Secrétaire général et Didier Sicard Président du jury.

## Le PEG contre l'hépatite B aussi

On le savait empiriquement depuis longtemps déjà, c'est maintenant officiel : contre le virus de l'hépatite B, l'interféron pegylé (formule « retard » permettant une injection par semaine) est plus efficace que l'interféron standard (trois injections par semaine). Une étude a été présentée cet automne par le docteur Trébucq conclut que le Peg laisse espérer un taux de réponse prolongée de 37 %, contre 25 % avec l'interféron standard. Les molécules en cours de développement (telbivudine, entécavir...) devraient pouvoir, dans les années à venir, y être associées pour augmenter ce taux encore faible.

## La riba, sans l'anémie ?

Un des principaux effets secondaires de la ribavirine est l'anémie. Des molécules à l'essai semblent aussi efficaces, mais mieux supportées. Ainsi, la viraminide pourrait être une alternative intéressante : une étude a notamment pu conclure que, sur quelque 130 patients l'ayant testée à différentes doses, aucun n'avait eu d'anémie inférieure à 10 g/dl. Toutefois, il faudra attendre (quelques années ?) le résultat d'études à plus grande échelle avant que la viraminide ne soit proposée.

## Une piste contre la fatigue

Bien connu de nos services, le docteur Thierry Piche, qui avait obtenu la bourse SOS hépatites pour un projet portant déjà sur la fatigue et l'hépatite C, a présenté au congrès européen de gastro-entérologie UEGW une étude tendant à montrer qu'un médicament prescrit contre les nausées provoquées par les chimiothérapies est également efficace contre la fatigue imputable à l'hépatite C chronique. L'étude, menée sur un nombre limité de patients, a montré une amélioration significative de l'état de ceux qui avaient pris de l'ondansétron (Zophren®) par rapport à ceux qui ont pris un placebo. Pas la peine d'en demander à votre médecin, il ne vous en prescrira pas. Mais la voix ouverte n'en est pas moins digne d'intérêt pour l'avenir.

## Attention aux remèdes miracles !

Swissmedic, une société suisse qui s'était fait pour spécialité la vente de pseudo-médicaments contre le cancer, le sida ou l'hépatite, a été fermée par les autorités fédérales. L'occasion de rappeler que les remèdes miracles proposés contre l'hépatite, en particulier sur Internet, sont à fuir. Ils peuvent être toxiques et, la seule efficacité qu'ils aient prouvée, c'est leur faculté d'alléger le portefeuille des malades.

## Les non-répondeurs, ces mal nommés

Nous ne sommes pas des non-répondeurs, nous sommes « mal traités. » Voilà ce que nous affirmions inlassablement depuis des années dans les colloques et les réunions consacrées à l'hépatite. Eh bien, désormais les experts internationaux sont d'accord avec nous. Lors de la conférence internationale sur la prise en charge des patients atteints d'hépatite virale, organisée en septembre à Paris à l'initiative du Pr Patrick Marcellin. Pour le Pr Christian Trépo, chef du service d'hépatogastro-entérologie-sida de l'Hôtel-Dieu des Hospices civils de Lyon (HCL), ne pas être « répondeur virologique prolongé » (disparition du virus six mois après l'arrêt du traitement) n'est pas forcément synonyme d'échec thérapeutique : « Entre la guérison et la mort, il y a une stabilisation, comme cela peut exister dans le VIH ou le diabète. »

## Première journée européenne de sensibilisation à l'hépatite C

C'est une première en Europe : le 1er octobre 2004, de nombreuses associations se sont mobilisées pour une première journée de sensibilisation contre l'hépatite C. A cette occasion, un site portail européen a été créé sur le web, avec le soutien du laboratoire Roche. <http://www.hep-links.com>

## Controverse VHB et salive

Nous avons reçu des médecins du réseau Hépatites 49 (Angers) la lettre suivante :

« Nous avons pris connaissance de la livraison du N° 28 de SOS hépatites. Nous avons lu avec intérêt l'article sur Hépatite B et salive car c'est un sujet important mais très controversé dans la littérature ; nous pensons que la phrase page 12 « il serait donc judicieux pour toute vaisselle ayant été en contact avec un sujet VHB+ de réaliser une déterision puis une désinfection par de l'hypochlorite de sodium... pendant 10 minutes avant un passage dans un lave vaisselle. » est discutable. Nous estimons que cette recommandation :

- n'est pas étayée par des données suffisamment factuelles,
- est susceptible d'être très inquiétante pour la population générale. Je rappelle que c'est cet argument, utilisé par le laboratoire Smith Kline & Beecham dans les années 94, qui avait entraîné la survaccination par le vaccin anti-hépatite B de la population générale française.

On imagine les conséquences pratiques : ne plus boire un verre au café ou dans un restaurant serait l'application immédiate de ce type de recommandation. Autrement dit, ce type d'assertion a un fort risque, si elle était répandue, d'entraîner des mesures d'exclusion des patients atteints d'hépatite B. Nous ne pensons pas que ce soit le but recherché par SOS hépatites. »

## Génotype 3 : du bon et du moins bon

Depuis des années, le constat semble faire l'unanimité jusque dans les colonnes de ce journal : en matière d'hépatite C, il y a de bons et de mauvais génotypes. Comme s'il pouvait y avoir de bons virus ! Ainsi, les génotypes 2 et 3 sont réputés meilleurs que les génotypes 1 ou 4, parce qu'ils sont plus sensibles au traitement. C'est pour cela qu'on considère que la durée du traitement peut généralement être limitée à six mois, avec des doses de médicaments peu élevées.

Plusieurs études récentes remettent ce dogme en cause, ou obligent en tout cas à le nuancer fortement. D'une part, il faut distinguer le génotype 2 du génotype 3 : le premier serait plus sensible au traitement que le second.

Les résultats moyens donnés pour l'ensemble des génotypes 2 et 3 doivent donc être relativisés lorsqu'on parle du seul génotype 3. D'autre part, malades ne sont pas tous logés à la même enseigne. Une jeune femme avec une hépatite peu active, infectée depuis quelques années seulement par un génotype 3, a 90 % de chance de guérir à l'issue d'un traitement de six mois. Mais, à l'autre extrême, un homme de près de 50 ans, au stade de cirrhose, lui aussi infecté par un génotype 3, n'aurait que 50 à 60 % de chance d'éradiquer durablement le virus avec un traitement de cette durée, alors qu'on lui en a prédit officiellement 85 %. Dans cette population en effet, même si les patients sont nombreux à bien répondre au traitement, avec de bons résultats virologiques au bout de trois mois, ils rechutent massivement à l'arrêt du traitement, alors qu'une prolongation à un an, comme pour le génotype 1, aurait peut-être permis de les guérir définitivement.

Certes, des études complémentaires sont à réaliser pour affiner ces données. Mais aujourd'hui, il est important pour les gens de plus de 50 ans infectés par un génotype 3, avec des hépatites sévères, de clairement redéfinir les objectifs de traitement avec leur médecin pour optimiser leurs chances de guérison. Faut-il augmenter les doses ? Augmenter la durée du traitement ? Cela dépend des cas, bien sûr. Mais si vous arrivez au terme des six premiers mois avec une tolérance relativement satisfaisante et un traitement efficace, n'hésitez pas à en débattre avec votre hépatologue favori pour avoir son avis sur la question.

Pascal Mélin

## Le droit à l'indemnisation des personnes



Paul Bara est juriste en région parisienne. La maladie de l'un de ses proches l'a amené à réfléchir au problème des personnes contaminées par le virus de l'hépatite C à l'occasion d'une transfusion. L'occasion pour lui de rappeler qu'il existe désormais un « droit à l'indemnisation », et de plaider pour la mise en place d'un fonds d'indemnisation des victimes.

### SOS hépatites : pouvez-vous nous situer les principaux enjeux de ce dossier ?

*Paul Bara* : il y a longtemps eu un biais important dans l'analyse du problème des hépatites post-transfusionnelles. Pendant des années, la question a été abordée comme une question subsidiaire de celle des personnes contaminées par le virus du sida. Comme si l'hépatite C n'était pas un problème en soi ! 100 000 personnes en France vont vers une forme grave d'hépatite C, qui serait la troisième cause de mortalité chez l'homme entre 30 et 60 ans.

### SOS hépatites : aujourd'hui, quelles sont les voies de recours pour une personne contaminée ?

*Paul Bara* : la voie du recours pénal a été fermée par la cour de Cassation : il n'y a pas lieu de poursuivre les fournisseurs de produits sanguins pour empoisonnement, par exemple. La France s'est engagée dans la voie de la responsabilité sans faute. En gros, on dit : qu'il y ait faute ou pas de la part du fournisseur de produits sanguins, il y a une victime qu'il faut indemniser. Mais, à la différence du VIH pour lequel un fonds d'indemnisation a été mis en place, cela n'a pas été le cas pour l'hépatite C.

### SOS hépatites : pouvez-vous préciser cette notion de responsabilité sans faute ?

*Paul Bara* : elle signifie qu'une personne contaminée qui voudrait intenter une action n'a pas besoin de démontrer la faute de l'établissement qui lui a fourni le produit sanguin. En revanche, le fournisseur de produits sanguins, en l'occurrence le centre de transfusion sanguine (CTS), est tenu à ce qu'on appelle une obligation de « sécurité-résultat ». Il doit prouver qu'il a fourni des produits exempts de tout vice. Ce principe est reconnu aussi bien par les juridictions civiles qu'administratives, autrement dit que la contamination soit imputable à un acteur privé ou public.

### SOS hépatites : qu'en est-il de la responsabilité des hôpitaux ?

*Paul Bara* : les établissements de santé, eux, ne sont tenus qu'à une obligation de « moyens » : on ne peut les tenir pour responsables du produit lui-même ; ils doivent juste garantir le respect des précautions habituelles d'hygiène et de prévention. Autrement dit, si vous voulez faire jouer la responsabilité d'un hôpital, vous devrez prouver qu'il a commis une faute. Voilà pour les grands principes. Maintenant, on peut parfois assimiler un établissement de santé à un producteur, mais on entre là dans des subtilités juridiques un peu complexes.

### SOS hépatites : concrètement, qu'est-ce que tout cela signifie pour le malade ?

*Paul Bara* : au-delà de la notion de responsabilité, il existe un second élément fondamental : c'est ce que l'on appelle la « présomption de Causalité ». On suppose, a priori, que si le fournisseur se révèle dans l'incapacité de démontrer qu'il a fourni un produit exempt de tout risque, on peut alors le considérer à l'origine de la contamination. Le malade n'a donc, en principe, qu'à établir la matérialité de la transfusion.

### SOS hépatites : que se passe-t-il s'il ne peut pas formellement établir cette matérialité de la contamination par transfusion ?

*Paul Bara* : la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades a apporté, dans son article 102, des éléments qui me paraissent très importants. En passant de la notion de « causalité » à celle de « d'imputabilité », elle renverse la charge de la preuve : ce n'est plus au demandeur d'apporter la preuve de la contamination, mais au défendeur d'apporter la preuve de non contamination. Et l'article 102 précise bien que « le doute profite au demandeur ».

### SOS hépatites : même s'il existe une autre cause possible de contamination ?

*Paul Bara* : il peut en effet y avoir d'autres modes de contamination possibles. Or la présomption de causalité ne joue pleinement que s'il n'existe pas d'autre facteur de risque que la transfusion. C'est au juge qu'il revient de dire si la transfusion est, dans tel ou tel cas, le mode de contamination le plus probable. En la matière, il est souverain. Sur ce point, la jurisprudence est longtemps demeurée contradictoire. Plusieurs Cours d'appel, à Nancy, à Bordeaux ou à Rouen, ont fait une interprétation rigoureuse du fait que la présomption d'imputabilité



## contaminées par transfusion

pouvait ne pas jouer, dès lors qu'un autre mode de contamination paraissait plus probable. À ce petit jeu, il pourrait devenir difficile de déclencher la présomption légale car il subsiste toujours une autre source de contamination possible !

Mais après le jugement de la cour d'appel de Rouen, la cour de Cassation a été saisie et a clairement dénoncé cette rigueur excessive. Dans un arrêt de mars 2003, elle a rappelé que la seule preuve que doit apporter le demandeur, c'est la matérialité de la transfusion. En redisant avec force que le doute profite au demandeur, elle a, en quelque sorte, rendu la causalité automatique. Je peux vous citer des arrêts où la contamination par transfusion a été établie alors qu'une seule poche de sang avait été transfusée !

### SOS hépatites : il n'y a donc plus d'ambiguïté maintenant ?

*Paul Bara* : à mon sens, non. Aujourd'hui, si vous demandez réparation, vous n'avez à démontrer qu'une chose : qu'on vous a transfusé du sang. En face, le seul moyen de défense est de prouver que tous les lots étaient sains. Pour toutes les transfusions réalisées avant 1990 et le dépistage du VHC chez les donneurs de sang, c'est matériellement impossible. Quant à un éventuel autre mode de contamination, c'est aussi au CTS de démontrer son existence. Autrement dit, aujourd'hui, si vous démontrez qu'on vous a transfusé, et si le CTS ne parvient ni à prouver que tous les lots étaient sains ni que vous avez été contaminé à une autre occasion, vous êtes quasi sûr d'être indemnisé !

### SOS hépatites : comment s'y prendre, à qui s'adresser ?

*Paul Bara* : je vous rappelle que la loi de 2002 a ouvert l'accès direct du patient à son dossier médical, c'est un point très important. Le demandeur doit saisir l'établissement de santé où ont été administrées les transfusions afin d'obtenir les informations suivantes : compte rendu d'hospitalisation, compte rendu opératoire, attestation du chef de service confirmant la transfusion, sa date, sa nature, le numéro et l'origine des produits administrés. Ensuite, tout dépend du statut du CTS à qui le préjudice est imputable. S'il s'agit d'une personne morale de droit public, l'affaire relève du tribunal administratif. S'il s'agit d'une personne morale de droit privé, c'est le tribunal de grande instance.

Il arrive parfois que les produits transfusés aient une double provenance : une partie des lots provenant d'un CTS public, une autre d'un CTS privé. En théorie, on peut assigner sur les deux terrains. Mais depuis un arrêt du tribunal administratif de Paris en 1998, le plus simple est d'assigner la personne publique, qui indemnisera et se retournera ensuite contre la personne privée.

### SOS hépatites : et si le CTS n'est pas solvable ?

*Paul Bara* : dans le secteur public, le régime d'indemnisation est « béton ». Dans le privé, un problème de financement subsiste, qui a été relancé par de récents arrêts de la cour de Cassation le 2 juin dernier. Quant un CTS privé est condamné à indemniser, il fait jouer son assurance. Et c'est là que ça se corse : aujourd'hui, on ne sait plus très bien si l'assureur est toujours tenu d'indemniser ! Je m'explique. Dans un premier temps, un arrêté du 27 juin 1980 obligeait les CTS à s'assurer et précisait que, en cas de rupture du contrat entre le CTS et l'assureur, la garantie ne continuait à jouer que pendant cinq ans. Mais le 29 décembre 2000, le conseil d'État a déclaré illégale cette clause limitant dans le temps les garanties offertes par les assureurs aux CTS. Dans un second temps, les assureurs ont alors saisi la cour de Cassation. Leur argument était le suivant : vu le caractère substantiel de la clause, l'annulation de la clause par le conseil d'État doit avoir pour conséquence l'annulation du contrat dans son ensemble. L'affaire n'est pas définitivement tranchée, puisque la cour de Cassation a elle-même renvoyé vers une autre cour d'appel. Mais dans son commentaire de renvoi, il me semble parfaitement clair qu'elle n'a pas du tout la même interprétation que le conseil d'État. Pour elle, les assureurs ne sont pas tenus de verser l'indemnisation. Son raisonnement est juridiquement rigoureux et, s'il est confirmé — je suppose qu'il le sera —, il faudra bien se poser la question : en cas de défaillance de l'assureur, qui va payer ? Je ne vois qu'une réponse : il faudra créer un fonds de garantie...

### SOS hépatites : votre mot de conclusion ?

*Paul Bara* : à l'exception de ce point précis de l'assurance des CTS privés, les règles sont maintenant bien posées. Tous les moyens existent pour que les gens soient indemnisés. Je dirais même que c'est un droit d'obtenir une indemnité. Et pas seulement si vous êtes très gravement malade : récemment, la cour de Cassation a retenu, comme pour le VIH, l'existence d'un « préjudice spécifique de contamination ». Autrement dit : le seul fait d'être contaminé par le virus de l'hépatite C peut constituer, en lui-même, un préjudice qui intègre à la fois les conséquences personnelles et économiques de la maladie. Il reste à aider les victimes dans leurs démarches judiciaires, à les aider à produire des expertises claires. Et là, SOS Hépatites a un rôle à jouer. ■

#### Pour aller plus loin

- Vous pouvez demander à votre association régionale SOS hépatites (ou, à défaut, à la fédération) le dépliant « Transfusion sanguine, quels recours ? » qui décrit les principales démarches à suivre.
- Un article complet de Paul Bara sur cette question peut également être téléchargé sur [www.soshepatites.org](http://www.soshepatites.org)

## Le suivi d'une cirrhose

Lorsqu'on est au stade F4, cela signifie qu'une cirrhose s'est constituée. Pas de panique pour autant. Tant que cette cirrhose n'est pas décompensée, cela ne change pas grand chose au quotidien. Un seul impératif : ne pas négliger le suivi, seul moyen de prévenir d'éventuelles complications.

### Qu'est-ce que la cirrhose ?

La cirrhose est le résultat de la lente transformation du foie en un organe dur, à surface irrégulière et dont le volume augmente (au début) ou diminue (en fin d'évolution). Le foie cirrhotique est constitué progressivement d'un tissu cicatriciel qui remplace peu à peu les cellules indispensables à son fonctionnement.

Les conséquences principales de la cirrhose sont :

- une perturbation de plus en plus importante des fonctions du foie : l'insuffisance hépatique, déficit fonctionnel lié à la diminution du nombre des hépatocytes et à la mauvaise qualité de leur vascularisation ;
- un obstacle à la circulation du sang qui s'accumule dans les veines du tube digestif (hypertension portale). Le foie se comporte comme un obstacle réduisant le flux et augmentant la pression dans la veine porte d'où formation de voies de dérivation notamment de varices œsophagiennes à l'origine d'hémorragies digestives ;
- un éventuel état précancéreux : le développement d'un carcinome hépatocellulaire sur le foie remanié par la cirrhose étant fréquent après 15 à 20 ans d'évolution.

L'alcool est la principale cause de cirrhose en France : 50 à 75 % des cas, associé dans au moins 10% des cas à une hépatite virale C. Suivent les hépatites chronique C (15 à 25 % des cas) et B (5 % des cas). Les autres causes sont plus rares : hémochromatose génétique, cirrhose biliaire primitive, hépatite auto-immune, maladie de Wilson, déficit en alpha 1 antitrypsine, cirrhose biliaire secondaire, etc.

Les cirrhoses sont responsables de 15 000 décès par an en France. Entre 30 et 60 ans, elles sont la troisième cause de décès chez l'homme.

### Qu'est-ce que la cirrhose « compensée » ?

Classiquement, on parle de cirrhose " compensée " quand elle n'a ni de manifestations fonctionnelles, ni de complications. Cela correspond au stade A de la classification de Child-Pugh (cf. encadré). À l'examen, l'hépatomégalie (gros

foie) n'est pas constante. Le foie est dur, à bord inférieur régulier et tranchant, indolore. Il existe des signes d'hypertension portale : splénomégalie (grosse rate) de volume variable, inconstante et surtout circulation collatérale abdominale. Les signes les plus constants sont des symptômes cutanés d'insuffisance hépatocellulaire (angiomes stellaires, siégeant dans le territoire de la veine cave supérieure, érythrose palmaire, agrandissement de la lunule de l'ongle).

### Quels sont les examens utiles lors du diagnostic de cirrhose compensée ?

Un premier bilan sanguin permettra d'explorer les fonctions hépatiques :

- numération formule sanguine à la recherche d'une diminution des globules rouges (anémie volontiers à gros globules : macrocytose) ;
- bilan hépatique pour évaluer l'état du foie et de son activité : ( gamma GT, phosphatases alcalines, transaminases) ;
- bilan de la coagulation : baisse du taux de prothrombine et électrophorèse des protéines : baisse de l'albumine ;
- si ce n'est pas déjà fait, sérologie des virus des hépatites B et C.

On y ajoutera une échographie abdominale, afin d'apprécier le volume du foie, les modifications de sa forme et de sa structure, ainsi qu'une endoscopie haute appelée « fibroscopie gastrique » (recherche la présence de varices au niveau de l'œsophage qui constituent une menace d'hémorragie).

Enfin, la ponction-biopsie du foie permet un diagnostic certain. L'étude des cellules hépatiques est effectuée sur un prélèvement du foie et montre la fibrose et des nodules de régénération. Il existe maintenant des tests non invasifs de fibrose qui pourront être utilisés plus fréquemment que la biopsie mais ne donneront pas les mêmes infos pour la cirrhose (nodules, stéatose etc.).

### Quels sont les examens utiles dans le cadre du suivi d'une cirrhose compensée ?

#### Les examens biologiques

Certains examens biologiques sont très utiles (cf. notre dossier « comprendre les résultats sanguins ») : les transaminases ALAT et ASAT ; les gamma-GT ; les phosphatases alcalines ; la bilirubine ; le taux de prothrombine ; l'alfa-fœto-protéine (pour surveiller l'apparition d'un éventuel cancer).

Au-delà, l'imagerie médicale est fondamentale dans le suivi d'une cirrhose. Le foie peut schématiquement être le siège de pathologies diffuses (hépatite, cirrhose...) ou focalisées (tumeurs, kystes...), ces deux types de pathologies pouvant être associés (hépatome sur cirrhose). Les examens radiologiques sont surtout utiles pour l'identification et le diagnostic des lésions focalisées du foie.

## L'échographie

Un examen essentiel du foie, généralement pratiqué de première intention lorsqu'on suspecte une pathologie hépatique. Le parenchyme hépatique présente une échostructure homogène et régulière. La stéatose hépatique (accumulation de graisse dans les cellules du foie) rend le foie plus échogène. La cirrhose lui donne parfois un aspect nodulaire hétérogène. Les anomalies de perfusion du foie (thrombose portale) peuvent également s'accompagner d'anomalies de l'échostructure hépatique sous forme de pseudo lésions en plage. Ces modifications d'échostructure du foie rendent l'interprétation de l'échographie plus difficile. Des lésions focalisées peuvent alors ne pas être identifiées.

## Le scanner (ou tomодensitométrie = TDM)

Généralement pratiqué à la suite d'une échographie, soit pour compléter l'exploration d'une lésion découverte à l'échographie, soit parce que l'échographie est jugée d'interprétation difficile, le scanner donne des coupes axiales transverses du foie (coupes jointives de 5 à 10 mm d'épaisseur). Le scanner est en principe pratiqué avant et après injection intraveineuse de produit de contraste iodé. Cette injection rehausse la densité du foie. Elle présente un double intérêt :

- amélioration de la détection de certaines lésions qui seront mieux visibles après rehaussement car elles ne sont pas opacifiées par le contraste (kystes, métastases hypovasculaires...);
- caractérisation de certaines lésions en révélant leur mode d'opacification (angiomes, hépatocarcinome...).

L'injection de produit de contraste permet également de mieux identifier les structures vasculaires du foie (artère hépatique, veine porte, veines sus-hépatiques) et ainsi d'identifier des pathologies liées à une anomalie de ces vaisseaux (thrombose).

## L'IRM

L'IRM est, comme le scanner, pratiqué à la suite d'une échographie pour préciser un diagnostic. Elle tend à remplacer le scanner dans certaines indications (diagnostic des tumeurs bénignes, diagnostic d'hépatome sur cirrhose). L'IRM peut fournir des coupes du foie dans tous les plans de

l'espace. L'IRM a l'intérêt de combiner différentes techniques par le jeu des séquences et des produits de contrastes utilisés. Ceci lui permet d'apporter des informations complémentaires à celles obtenues par le scanner.

Les deux produits de contrastes les plus utilisés en IRM hépatique sont le gadolinium qui procure une opacification du type de celle obtenue par l'injection d'iode au scanner, et la ferrite qui permet d'abaisser le signal du foie normal ce qui permet de mieux détecter les lésions focalisées intra hépatiques. Le gadolinium et la ferrite n'ont pas les inconvénients des produits de contrastes iodés (pas d'allergie, pas de risque d'aggraver une insuffisance rénale).

## À quelle fréquence réaliser les examens ?

La cirrhose étant la principale cause de cancer du foie, il est recommandé de pratiquer régulièrement des prises de sang et des échographies afin de pouvoir le dépister à un stade précoce. Il n'y a pas de consensus sur le suivi d'une cirrhose et la fréquence des examens biologiques peut varier selon la gravité de la maladie. Il est bon de rappeler qu'entre le début du stade F4 et la cirrhose décompensée il peut y avoir autant de marge qu'entre F0 et F3 ! Il convient avant tout de bien discuter avec son médecin afin de programmer le suivi le plus rationnel possible et adapté à sa situation. Par contre, il est certain qu'au stade de la cirrhose bien installée on peut faire à date régulière :

- une échographie tous les 4 à 6 mois ;
- l'alfa-foeto-protéine tous les 6 mois ;
- une fibroscopie gastrique chaque année ;
- un IRM ou un Scanner annuel sont souhaitables ;
- une biopsie tous les 5 ans ;
- des tests non invasifs de cirrhose tous les 6 mois.

## Précautions et régime

Votre médecin peut être amené à vous prescrire des médicaments utiles contre la cirrhose et ses complications, notamment des vitamines. Cependant, la vitamine A et d'autres médicaments sont contre-indiqués en cas de maladie chronique du foie. La plupart des médicaments absorbés sont transformés par le foie avant d'être éliminés. C'est pourquoi, en cas de cirrhose avancée, les effets des médicaments peuvent être perturbés. Des médicaments peuvent devenir moins actifs ; au contraire, des doses normales peuvent devenir trop fortes ; certains médicaments peuvent, du fait de la maladie, avoir des effets indésirables. Par exemple, des antalgiques pris pour une rage de dents pourront faciliter les hémorragies ou encore aggraver les perturbations du foie ou avoir

# Le club des F4

des conséquences fâcheuses au niveau du rein. Il est important de savoir quels sont les médicaments qui peuvent être dangereux et de ne jamais les prendre sans avoir l'avis du médecin. C'est le cas :

- de l'aspirine ;
  - de tous les anti-inflammatoires ;
  - de tous les antalgiques (médicaments contre la douleur), tel que le paracétamol susceptible d'être toxique pour le foie à partir de 2 g/j ;
  - des médicaments contre les vomissements, de la théophylline et de certains antibiotiques ;
  - de tous les sédatifs, somnifères, tranquillisants, barbituriques et des médicaments apparentés ;
  - des anticoagulants, des hormones.
- On peut également citer les extraits de foie, qui sont inutiles, ou les traitements par les plantes, qui sont inutiles et quelquefois dangereux car toxiques.

En règle générale, l'existence d'une maladie chronique du foie doit rendre très prudent dans la prise de médicaments. Il faut éviter toute prise non contrôlée par le médecin et se conformer à ses indications pour les doses et la durée des traitements. Pour autant, il ne faut pas non plus céder à la psychose : au stade de cirrhose compensée, on peut la plupart du temps continuer à prendre ses médicaments habituels.

## Faut-il suivre un régime particulier ?

L'alimentation a une importance particulière au cours de cette maladie. Votre médecin vous recommandera habituellement de limiter l'usage du sel. Quelquefois, il réduira également les protéines (viande, fromage, etc.), mais cela ne se fait a priori qu'à

un stade très avancé de cirrhose. Bien entendu, puisque le foie est fragile, l'arrêt de la consommation de vin et de toutes formes de boissons alcoolisées est la condition nécessaire pour sauvegarder la partie du foie qui fonctionne.

La guérison d'une maladie du foie nécessite un bon état de nutrition, c'est-à-dire, dans la mesure du possible, une alimentation suffisante et équilibrée afin d'assurer l'efficacité des traitements. Le dialogue avec votre médecin peut vous être utile sur ce sujet. ■

Michel Bonjour

## Comment évaluer la sévérité d'une cirrhose ?

La classification la plus connue est celle de Child-Pugh, qui, en fonction d'un score clinico-biologique définit 3 stades de gravité croissante. Ceux-ci se définissent en totalisant des points selon le tableau ci-dessous. Le stade A correspond à un total de 5 à 6 points ; le B, de 7 à 9 points ; le stade C, de 10 à 15 points.

Nb de points	1	2	3
Bilirubine $\mu\text{mol/l}$	< 35	35 à 60	> 60
Albumine g/l	> 35	28 à 35	< 28
Ascite	absente	modérée	permanente
Taux de prothrombine %	> 50	40 à 50	< 40
Encéphalopathie	absente	modérée	invalidante

## Bulletin d'abonnement et de soutien à SOS hépatites

Découpez ou recopiez lisiblement ce bulletin, remplissez et envoyez-le au tarif d'affranchissement en vigueur à SOS hépatites BP 88, F-52103 Saint-Dizier Cedex.

### Votre choix :

- Adhésion annuelle : 17 euros (valable jusqu'au 31 décembre 2005)
- Abonnement annuel au magazine : 20 euros (4 numéros)
- Adhésion + abonnement annuel : 30 euros (valable jusqu'au 31 décembre 2005 + 4 numéros)

Je joins un chèque de  euros à l'ordre de SOS hépatites Fédération.

### Vos coordonnées :

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
Code Postal	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
Téléphone*	<input type="text"/>	E-mail*	<input type="text"/>

\* Facultatif

Qu'il s'agisse de confirmer l'existence d'une hépatite, d'en évaluer l'activité ou d'en effectuer le suivi, les examens sanguins sont indispensables. Vous aider dans la compréhension de leurs résultats aux termes parfois obscurs est le but de ce dossier. Nous laissons ici de côté les recherches des causes de l'hépatite et les examens spécifiques en cas de co-infection avec le VIH, mais nous y reviendrons dans un prochain numéro. Nous avons choisi de nous concentrer ici sur les définitions qui nous paraissent les plus courantes. Votre médecin traitant peut bien évidemment être amené à prescrire d'autres examens en fonction des manifestations particulières de l'hépatite et d'éventuelles maladies associées.

## Comprendre un bilan hépatique

### Les transaminases

C'est le test classique par excellence quand on soupçonne une hépatite ou qu'on veut la surveiller. Le dosage de ces enzymes, principalement localisées dans le foie (ALAT), permet d'évaluer la cytolyse, autrement dit la destruction des cellules (en l'occurrence, des cellules du foie) et, par extrapolation, l'activité de l'hépatite.

Tout le monde a des transaminases dans le sang, signe que les cellules hépatiques se renouvellent en permanence. Mais elles ne sont présentes qu'en quantité limitée. C'est leur augmentation, parfois très importante, qui révèle une cytolyse. Au cours d'une hépatite aiguë, elles peuvent atteindre plusieurs dizaines de fois la limite supérieure de la norme. En cas d'hépatite chronique virale, elles dépassent rarement cinq ou dix fois la norme, parfois beaucoup moins, avec une prédominance de l'ALAT (SGPT) sur l'ASAT (SGOT). C'est souvent le contraire avec les hépatites alcooliques. Attention, dans certaines hépatites chroniques, les transaminases peuvent cependant être normales.

Comme à la bourse, il ne faut pas s'attacher aux évolutions à court terme, mais à long terme. Si, trimestre après trimestre, les transaminases montent régulièrement (par exemple en cas de rechute après un traitement), si elles grimpent brutalement et restent ensuite dans les zones élevées, cela peut traduire une aggravation de l'hépatite. Si elles ne cessent de monter et descendre (un cas fréquent avec l'hépatite C), cela ne signifie pas grand chose. Les fluctuations peuvent en effet être fortes d'une analyse à l'autre. Un effort physique intense peut, par exemple, augmenter les transaminases car les muscles fabriquent aussi

ces enzymes. Il faut savoir en outre que certains médicaments — y compris l'interféron ! — peuvent provoquer leur augmentation.

➔ Il n'est pas indispensable d'être à jeun pour réaliser un dosage de transaminases, mais c'est préférable. Il est conseillé aussi de les faire dans le même laboratoire (mais ce n'est pas une règle impérative) pour faciliter les comparaisons.

### Pendant un traitement

En cours de traitement un dosage hebdomadaire (le premier mois), puis mensuel, peut être effectué, mais seule la recherche du virus lui-même permet d'évaluer précisément l'efficacité. Les transaminases peuvent baisser, voire se normaliser dès le premier mois. Mais attention, elles peuvent aussi monter. Si elles s'emballent trop (plus de deux fois la valeur de départ et plus de dix fois la limite supérieure de la norme), l'arrêt du traitement doit être discuté.

### La bilirubine

La bilirubine est un pigment issu de la dégradation de l'hémoglobine. Son dosage permet d'apprécier l'élimination de la bile par les voies biliaires. Une augmentation de la bilirubinémie peut être imputable à une hépatite, mais aussi à une obstruction des voies biliaires indépendante de toute hépatite (par exemple, des calculs biliaires ou un problème au pancréas). En cas d'hépatite chronique, la bilirubine est très souvent normale ; quand elle est élevée, l'augmentation porte sur la bilirubine conjuguée.

➔ Il n'est pas indispensable d'être à jeun pour réaliser cette mesure. Attention : certains médicaments peuvent

diminuer (phénobarbital, fibrates, aspirine) ou augmenter (diurétiques) la bilirubine.

### Pendant un traitement

Si la bilirubine directe passe au-dessus de 2,5 fois la limite supérieure, c'est un motif pour discuter l'arrêt du traitement. Une montée de la bilirubine indirecte au-dessus de 5 mg/dl motive une baisse de la dose de ribavirine. Une hausse prolongée de cette même bilirubine indirecte peut conduire à arrêter le traitement.

### Les gamma-GT

Comme les transaminases, les gamma-GT (pour gamma-glutamyl transpeptidases) sont des enzymes essentiellement produites par les hépatocytes. Mais leur augmentation est en général moins marquée que celle des transaminases et, même dans le cas d'une hépatite aiguë, elles dépassent rarement 5 à 10 fois la limite supérieure de la norme.

Lorsque la fonction biliaire est affectée (formes cholestatiques), les gamma-GT peuvent atteindre des valeurs comprises entre 10 et 20 fois la norme ; en général, une augmentation parallèle des phosphatases alcalines (mais à un degré moindre) est relevée.

Une limite de ce test hépatique vient de ce qu'il peut signaler tout autre chose qu'une hépatite ou un problème biliaire. L'alcoolisme chronique, le diabète, l'hyperthyroïdie ou certains médicaments peuvent, eux aussi, être à l'origine d'une augmentation des gamma-GT. Certains adhérents en savent quelque chose, qui n'arrivent pas à convaincre leur médecin qu'ils ne boivent pas, alors qu'ils ont des gamma-GT élevées !

➔ Il n'est pas indispensable d'être à jeun. En revanche, certains médicaments peuvent modifier les résultats : anticonvulsivants, certains anti-cancéreux, antidépresseurs, contraceptifs oraux ont tendance à augmenter les taux de gamma-GT.

### Les phosphatases alcalines (PAL)

En cas d'hépatite chronique, les phosphatases alcalines sont souvent normales ou modérément élevées, sauf en cas de problème biliaire, où l'augmentation

peut être importante. (En cas de cholestase, les cellules du foie accroissent leur production de phosphatases alcalines.) Tout comme celle de la bilirubine, la mesure des ces enzymes permet donc de contrôler l'évacuation biliaire. Mais l'augmentation des phosphatases alcalines peut cependant être due à des affections qui ne sont ni hépatiques ni biliaires, mais osseuses. Leur diminution peut signaler une insuffisance hépatique sévère.

Il n'est pas indispensable d'être à jeun.

### Le taux de prothrombine et le facteur V (pro-accéléline)

Les facteurs de coagulation sont étudiés pour évaluer une éventuelle insuffisance hépatique, possible à un stade avancé de la maladie. Parmi les facteurs de coagulation synthétisés par le foie, le plus couramment analysé est le facteur II, ou prothrombine. Le taux de prothrombine (TP), également appelé temps de Quick, est exprimé en référence à un temps témoin considéré comme normal à 100 %. Ce pourcentage baisse à mesure que la vitesse de coagulation diminue. Un temps de Quick inférieur à 50 %, signe d'insuffisance hépatocellulaire sévère, est considéré comme une contre-indication au traitement.

En général, la mesure du facteur V (pro-accéléline) est demandée en cas de baisse du TP. À la différence du taux de prothrombine, le taux de pro-accéléline n'est pas anormal en cas de cholestase (parce que sa production ne dépend pas de la vitamine K), mais seulement en cas d'insuffisance hépatocellulaire. À l'inverse, une baisse isolée du TP peut être aussi due à un problème biliaire.

➔ Attention : La prise d'aspirine, même à faible dose, risque d'allonger le temps de saignement. Il faut donc s'abstenir d'en prendre pendant les 8 jours qui précèdent le test.

### L'albumine

L'albumine est un autre indicateur de gravité de l'hépatite. Son dosage de l'albumine permet d'évaluer la fonction de synthèse des protéines. Il s'effectue par électrophorèse, une technique qui consiste à provoquer le déplacement des particules contenues dans l'eau ou le sang sous l'effet d'un champ électrique.



Chez un adulte sain, un litre de sang contient entre 60 et 80 grammes de protéines, dont 45 grammes d'albumine environ. Une baisse, en-dessous de 40 grammes par litre, de la concentration dans le sang de cette protéine produite uniquement par le foie peut être un signe d'insuffisance hépatocellulaire, aiguë ou chronique.

Néanmoins, certaines limites obligent à nuancer les résultats de ce test. D'une part, les calculs peuvent être faussés soit par d'autres protéines, soit tout simplement parce que le prélèvement sanguin n'a pas été réalisé à jeun ; d'autre part, il existe de nombreuses autres causes d'hypoalbuminémie.

## L'alphafoetoprotéine

L'alphafoetoprotéine (AFP) est à l'heure actuelle le plus spécifique des indicateurs sanguins d'un cancer du foie. Dans 75 % des cas de carcinome hépatocellulaire, le taux est élevé (parfois supérieur à 1 mg/l, pour une norme de 0,02 mg). Malheureusement, quand le carcinome est petit, la fréquence de l'élévation de l'alphafoetoprotéine n'est plus que de 50 %.

Pas de panique, quand même, si l'alphafoetoprotéine n'est que discrètement augmentée (100 ng/mL) au cours d'une hépatite virale active. Cela peut traduire non pas un carcinome hépatocellulaire (qu'il faut cependant rechercher) mais une régénération hépatique. ■

## La charge virale

La mesure de la charge virale ne présente pas un grand intérêt pour le suivi de l'hépatite ; elle est en revanche fondamentale pour l'évaluation de l'efficacité du traitement.

En cas d'hépatite B, le traitement à l'interféron est d'autant plus efficace que la réplication virale initiale est faible et la réponse immunitaire forte. On considère qu'un taux d'ADN inférieur à 100 picogrammes par millilitre (mais aussi des transaminases ALAT supérieures à 100) est un facteur de bonne réponse. Lorsque l'hépatite B est active, la charge virale moyenne peut se situer entre 1 million et 1 milliard de copies d'ADN par millilitre. On parle de bonne réponse virologique au traitement dès que l'on passe en-dessous de 1 million de copies par millilitre, ce qui correspond au seuil de détection des tests standard actuels.

En cas d'hépatite C, une charge virale faible (inférieure à 1 400 000 unités internationales par millilitre, soit 3,5 millions de génomes) est considérée comme un facteur de bonne réponse au traitement. À l'inverse, une charge virale élevée est plus souvent associée à une moins bonne réponse. Face à un virus C de génotype 1, la mesure de la charge virale est élément important du suivi de l'efficacité du traitement. Ce n'est pas tant le chiffre lui-même qui compte, mais l'évolution constatée entre deux mesures, celle réalisée avant le traitement et celle réalisée trois mois après la première injection. À ce stade, si l'ARN viral est devenu indétectable, ou si la diminution est sensible, cela

vaut le coup de continuer. (On considère que la réduction est sensible lorsque la baisse est supérieure à 2 logarithmes (souvent écrits « log »), ce qui correspond à une division par 100 du nombre de copies par millilitre.) Dans le cas contraire, la probabilité de voir disparaître le virus est très faible et il n'est pas utile de poursuivre le traitement.

Pour les virus C de génotypes 2 et 3, la conférence de consensus préconise une simple recherche qualitative de l'ARN viral à la fin du traitement, puis six mois plus tard. Néanmoins, certains médecins demandent quand même une charge virale à trois mois, ce qui permet d'adapter la stratégie, notamment face à un génotype 3 récalcitrant (cf. « le point sur », p.). Pour les génotypes 4, 5 et 6, la disparition de l'ARN au bout de six mois plaide en faveur d'une poursuite du traitement pendant six mois supplémentaires ; en revanche, sa persistance est de moins bonne augure, et la poursuite du traitement doit être discutée, en fonction de la motivation du patient et de la tolérance.

Attention : la charge virale peut être très fluctuante. En cas de mesure en cours de traitement, nous vous recommandons de la faire toujours le même jour de la semaine, pour qu'elle soit toujours à même distance de l'injection.

## Numération et formule sanguine

La numération sanguine consiste à compter les différents éléments cellulaires du sang : globules blancs (ou leucocytes), globules rouges (ou hématies) et plaquettes sanguines. Elle est en principe associée à une "Formule sanguine", qui est la partie qualitative (et non plus quantitative) de l'hémogramme. Celui-ci peut être demandé pour évaluer l'état général, mais il est aussi très utile pour suivre un traitement. Il est en particulier important de réaliser la numération toutes les semaines durant le premier mois, afin de surveiller notamment une éventuelle anémie provoquée par la ribavirine. Le prélèvement est fait de préférence, mais pas obligatoirement, à jeun.

### Numération globulaire

#### Les globules blancs (leucocytes)

Nécessaires à la défense de l'organisme, ils sont de divers types : polynucléaires (dont l'augmentation peut montrer une infection), lymphocytes (spécialisés dans la défense immunitaire de l'organisme) ou encore monocytes. La baisse des globules blancs s'appelle leucopénie. Elle peut être provoquée par l'interféron. Pendant le traitement, une baisse en-dessous de 1 500/mm<sup>3</sup> peut conduire à diminuer la dose d'interféron. On discutera l'arrêt du traitement en-dessous de 1 000/mm<sup>3</sup>.

#### Les globules rouges (hématies)

Le globule rouge transporte l'hémoglobine (qui est la molécule de transport de l'oxygène). Chez un sujet normal, l'organisme en produit autant qu'il en détruit. La baisse importante du nombre de globules rouges, accompagnée ou non d'une baisse du taux d'hémoglobine, est le signe d'une anémie. Pendant un traitement, il faut distinguer l'anémie liée à la ribavirine (seuls les globules rouges baissent) de la pancytopénie (baisse concomitante des globules rouges, des globules blancs et des plaquettes, imputable à l'interféron).

#### L'hémoglobine

La diminution du taux d'hémoglobine, accompagnée d'une diminution du nombre des globules rouges, est le signe d'une anémie. Au-delà des valeurs intrinsèques (différentes chez l'homme et la femme), ce sont surtout les évolutions qu'il faut surveiller. Néanmoins, en cours

de traitement, on préconise une diminution de la dose de ribavirine si l'hémoglobine descend en-dessous de 10 g/dl, voire un arrêt du traitement si elle passe en-dessous de 8,5 g. Les personnes ayant des troubles cardiaques (stabilisés) devront être encore plus prudentes, et diminuer la dose de ribavirine et d'interféron dès que la baisse est supérieure ou égale à 2 g sur une période de 4 semaines ; si malgré cela, le taux reste inférieur à 12 g, un arrêt du traitement peut être discuté.

#### Hématocrite

C'est la mesure du volume qu'occupent les globules rouges dans le sang. Une augmentation (polyglobulie) peut s'observer lors de certaines maladies hématologiques comme la maladie de Vaquez ou cardiaques comme dans l'insuffisance cardiaque, mais aussi après un séjour en haute montagne ou encore après la prise d'EPO.

#### VGM

Le VGM, ou volume globulaire moyen, est un paramètre classique de l'hémogramme. Évaluant la taille moyenne des globules rouges ou hématies, il est utile pour préciser le diagnostic d'une anémie, mais est aussi considéré comme un bon marqueur d'alcoolisme chronique ou de maladie hépatique.



### TCMH

La teneur corpusculaire moyenne en hémoglobine évalue le poids moyen d'hémoglobine contenu dans un globule rouge. C'est un indice utile pour l'analyse d'une anémie.

### CCMH

La concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine : exprime le contenu en hémoglobine des globules rouges. Un CCMH bas confirme une hypochromie (manque de fer).

## Les plaquettes

Présentes dans le plasma, les plaquettes (ou thrombocytes) jouent un rôle important dans la coagulation. Elles assurent l'hémostase, c'est-à-dire l'arrêt du saignement, quelle qu'en soit l'origine. La baisse des plaquettes en dessous de 100 000/mm<sup>3</sup> s'appelle la thrombopénie. Une hépatite peut la provoquer.

Une baisse des plaquettes sanguines à moins de 50 000 par mm<sup>3</sup> est considérée comme une contre-indication au traitement.

Une baisse des plaquettes peut aussi justifier que la biopsie soit transjugulaire, et non intercostale.

Pendant le traitement, la thrombopénie peut être forte. Si les plaquettes diminuent en dessous de 50 000/mm<sup>3</sup>, il faut envisager une baisse de la dose d'interféron. En dessous de 25 000/mm<sup>3</sup>, on discute de l'arrêt.

## La formule sanguine

La proportion des différents globules blancs est exprimée par la formule leucocytaire. Les leucocytes sont classés en :

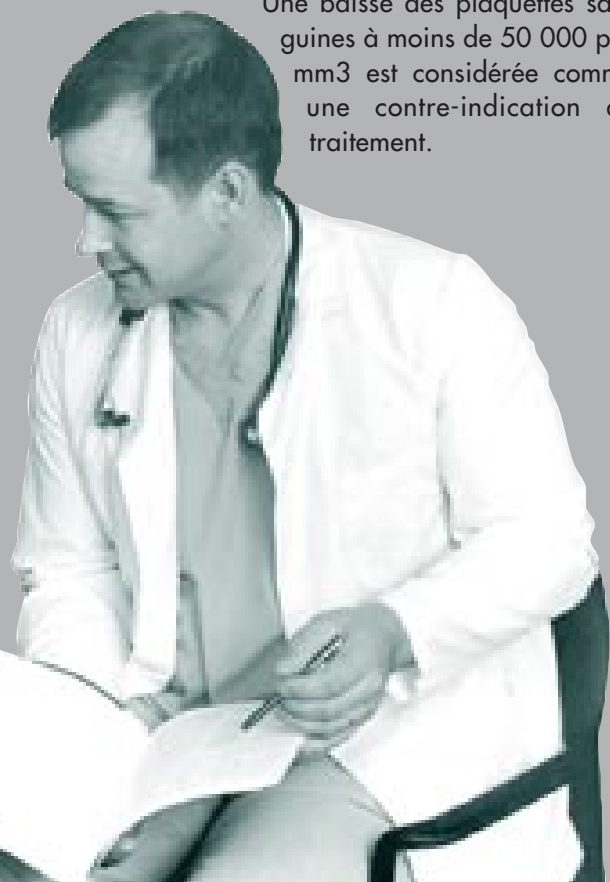
- **polynucléaires neutrophiles** : ces globules blancs sont essentiellement impliqués dans la lutte contre les infections bactérienne. Leur élévation importante signe en général une infection. Une neutropénie élevée (moins de 750 polynucléaires par mm<sup>3</sup>) est une contre-indication au traitement ;
- **polynucléaires éosinophiles** : leur élévation se retrouve dans de nombreux cas : allergies, colites, parasitoses, etc. ;
- **polynucléaires basophiles** : ils augmentent notamment (mais pas seulement) en cas de leucémie, de cirrhose ou de problèmes thyroïdiens ;
- **lymphocytes** : ils jouent un rôle important dans la régulation des réactions immunitaires. Ils augmentent dans de nombreuses maladies virales mais aussi dans les leucémies.
- **monocytes** : leur nombre augmente dans certaines maladies comme la mononucléose, après une anémie et dans certaines leucémies.

## Les réticulocytes

Ce sont des globules rouges jeunes issus de la moelle osseuse. Quand leur taux est élevé, cela signifie que la moelle osseuse fabrique beaucoup de globules et régénère des pertes de sang. En cas d'anémie, si les réticulocytes n'augmentent pas, c'est que la moelle osseuse dysfonctionne et est en cause dans cette anémie.

## La vitesse de sédimentation (VS)

La vitesse de sédimentation est la mesure de la vitesse avec laquelle les globules rouges sédimentent spontanément dans le sang. Elle augmente dans les phénomènes infectieux et inflammatoires.



# La vie des associations

## Champagne Ardenne : la Haute-Marne Hépatante c'est parti !

A l'initiative de SOS hépatites, la Haute-Marne devient pendant deux ans un département pilote contre les hépatites virales. Le coup d'envoi de cette ambitieuse opération a été donné le 25 septembre. Avec le soutien du Laboratoire Roche, du Conseil Général, de la CPAM, de la DDASS, du Lions club de Saint-Dizier Grand Der, du Journal de la Haute-Marne et la participation du Professeur Patrick Marcellin les médecins, les infirmières et les professions paramédicales ont pris connaissance des détails de cette action d'envergure lors d'une après-midi conviviale au cœur de l'abbaye de Trois Fontaine.

Rappel des objectifs : Le département de la Haute-Marne compte environ 200 000 habitants, ce qui, en appliquant les paramètres épidémiologiques

nationaux, donne une prévalence de 2 000 habitants contaminés par le virus de l'hépatite C et 500 par le virus B. Le projet a pour but de dépister, prévenir et maîtriser les hépatites virales en sensibilisant l'ensemble de la population à risque du département.

Pendant deux ans, l'ensemble des acteurs de santé publique et privée se mobiliseront avec les acteurs sociaux et les pouvoirs publics pour informer la population, promouvoir la vaccination et l'inciter à participer au dépistage. Les habitants du département seront informés régulièrement de l'état d'avancement de ce dépistage et de la campagne de vaccination à travers les principales manifestations populaires, les partenaires publics et les relais médiatiques.



Face aux musiciens le stand de l'association où les visiteurs ont pu s'approvisionner en brochures diverses.



Le Dr Pascal Melin a foi dans ce projet.

Le Pr Patrick Marcellin n'a pas hésité à bouleverser son emploi du temps pour être présent à nos côtés. Remerciements !



Philippe Bossois, vice président du conseil général, a assuré l'appui du département et conclu en disant sa fierté d'apporter sa pierre à l'édifice.



Après l'exposé, la détente dans le parc de l'abbaye



## PACA

### SOS aux Broussailles

Le service du Dr Claude Gueyffier organisait le 5 octobre 2004 une journée de sensibilisation aux hépatites virales dans l'enceinte de l'hôpital des Broussailles à Cannes à destination du personnel hospitalier, des malades et des visiteurs. Ce réseau interne à l'hôpital collabore avec le réseau hépatite Côte d'Azur et le réseau PACA. Son rôle est de proposer une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée des patients.

Tout au long de la journée, les personnels soignants et les visiteurs se sont arrêtés sur les stands et devant les posters pour s'informer sur cette maladie, ses traitements et les moyens de la prévenir. SOS hépatites PACA était présente aux côtés de l'équipe des soignants. Nous espérons ouvrir prochainement un relais entre Cannes et Grasse afin d'offrir aux malades un lieu de rencontres et d'échanges.



Un partie de l'équipe du Dr Claude Gueyffier avec de gauche à droite : Jacqueline Clere, Françoise Peyron, Dr Badetti et Henry Taranto vice-président SOS hépatites Provence Alpes Côte d'Azur.

## Fédération

### AFEF 2004

Comme chaque année, SOS hépatites tenait un stand au congrès annuel de l'AFEF et de l'AFIH à Paris. C'est l'occasion de rencontrer non seulement les médecins qui suivent les malades mais aussi les infirmières qui les chouchoutent. Les nouvelles publications de l'association ont rencontré un vif succès. Merci pour son invitation à l'Association Française pour l'Etude du Foie.



Cette année Michel, Président de la Fédération, Michelle, Présidente Ile-de-France, Corinne, qui remplace Céline au secrétariat et notre directeur, Eric nous représentaient.

## Champagne Ardenne

### Virus sans frontières

Dans le cadre du programme de réduction des risques en milieu festif élaboré par les associations AFGAT et L'autre sens, et auquel SOS hépatites et Positif 08 sont associés, une journée d'échanges a été organisée entre les différents organismes pour unir nos compétences dans le but de mieux cerner la prévention du sida, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.

Cette journée a eu lieu le 1er octobre à Charleville-Mézières.

Y participait également le Chac, une association belge contre les hépatites avec laquelle SOS hépatites mène déjà des actions transfrontalières à l'occasion de festivals rock.

## Aquitaine

### Changements

Nouveau président : Christine Bonnet (Tél. 05 57 54 08 02 - soir et week end). Jeff Duga, (vice-trésorier), continue de tenir la permanence à l'Hôpital de Haut-Lévêque (Bordeaux-Pessac) les mardis de 10h30 à 12h30 et de 14 à 16h. Il est possible de prendre rendez-vous pour la permanence avec lui au 06 03 45 49 76. Ecoute téléphonique aux numéros déjà cités ainsi qu'au relais Pyrénées-Atlantiques (05 59 36 01 23- journée).

Nouvelle adresse postale : Maison des associations/Vie Associative 11, rue du 8 mai 1945, 33150 CENON

### Cenon dit oui à SOS

Invitée chaleureusement par le maire de Cenon, Alain David, et par son adjoint, SOS était présente au 7e forum des associations de Cenon. Les 17 et 18 septembre, une centaine d'associations étaient présentes au gymnase Palmer, dont quelques associations médicales. Le public était venu en nombre et nous avons pu lui présenter nos activités et nos projets, tant au niveau de la fédération que de la région. Les trois derniers petits livrets qui faisaient partie des documents envoyés par la fédération ont suscité beaucoup d'intérêt. Nous avons également fait des agrandissements de l'affiche de la fédération sur laquelle nous avons ajouté les coordonnées de l'Aquitaine. Un cabinet dentaire et l'association contre le viol et les violences sexuelles sont venus s'en procurer pour les afficher.

# La vie des associations

## Lorraine

### Nouvelles coordonnées

SOS hépatites Lorraine change d'adresse : 6, rue Notre Dame de Lourdes, 57050 Metz.  
Tél./fax : 03 87 54 19 47.  
Permanence téléphonique les lundis et jeudis de 18h à 20h.

## Poitou Charentes

### Changement d'adresse

SOS hépatites Poitou Charente change de numéro. Les poitevins et charentais peuvent appeler du lundi au vendredi :  
→ la journée : 05 49 42 02 52  
→ en soirée : 05 46 06 08 08

## Pays de la Loire

### Lâcher de ballons pour sensibiliser aux hépatites

Le 16 octobre dernier, SOS hépatites Pays de la Loire organisait un lâcher de ballons. L'opération a été réussie pour tous les départements. Le beau temps était là, donc le lâcher s'est passé dans les meilleures conditions possibles.

Concernant le Maine et Loire, le public était là, la presse, la télé, nous avions un stand et beaucoup d'infos et de documentation ont été transmises. Le Dr Hubert Fouchart du CHU d'Angers ainsi que Marie-jo Viau, infirmière, nous ont soutenu dans cette opération.



## Décès

Nous avons appris avec une grande tristesse le décès de Jean-Luc Cordonner, que les adhérents de SOS hépatites Ariège Midi-Pyrénées connaissaient bien. Tous ceux qui l'ont connu s'associent pour transmettre une pensée affectueuse à sa famille et à ses proches.

## SOS hépatites

BP 88 52103 Saint-Dizier Cedex  
Tél. 03 25 06 12 12  
Fax 03 25 06 99 54

Internet : <http://www.soshepatites.org>  
E-Mail : [contact@soshepatites.org](mailto:contact@soshepatites.org)

## SOS hépatites en région

Alpes	04 76 37 04 42
Aquitaine	05 57 54 08 02
Centre Val de Loire	02 47 51 08 88
Bourgogne	03 80 42 97 39
Champagne-Ardenne	03 26 51 08 78
Franche-Comté	03 84 52 04 15
Paris IDF	01 42 39 40 14
Languedoc-Roussillon	04 67 30 28 89
Limousin	05 55 39 69 47
Lorraine	03 87 54 19 47
Normandie	02 35 61 21 10
Provence-Alpes-C.Azur	
Pays de la Loire	02 40 33 61 36
Poitou-Charentes	05 49 42 02 52

SOS hépatites Genève  
00 41 22 731 30 21