

# Hépatites virales

**le 19 avril 2020**

Cours de 4<sup>ème</sup> année chirurgie dentaire

Dr bouzidi

# Introduction

- Les hépatites virales regroupent des infections aux manifestations cliniques très différentes suivant le virus en cause (A, B, C, D, E).
- L'évolution vers la chronicité (au delà de 6mois) de l'infection par les virus B et C, pouvant conduire au développement d'une cirrhose et d'un carcinome hépatocellulaire,
- constituent un problème de santé publique majeur, les traitements actuellement disponibles sont d'une efficacité limitée.
- La prévention vaccinale, arme idéale pour lutter contre les maladies infectieuses, ne concerne aujourd'hui que les hépatites A et B.

- Hépatite Fulminante : d'apparition brutale caractérisée par une déficience des fonctions hépatiques et un coma survenant rapidement (encéphalopathie hépatique), et le malade doit être hospitalisé en vue d'une éventuelle transplantation hépatique.

# Diagnostic d'hépatite virale aiguë

- Très souvent, les hépatites virales aiguës sont asymptomatiques. Le diagnostic est alors fait a posteriori sur un examen sérologique.
- Quand l'hépatite aiguë est symptomatique, elle peut se manifester par des signes aspécifiques (phase pré-ictérique)
- Ces symptômes précèdent d'environ 7 à 10 jours l'apparition d'un ictère cutanéomuqueux (essentiellement pour les hépatites A, B et E).
- Il faut signaler que seuls les signes aspécifiques peuvent être présents et que l'ictère peut manquer, ce qui rend le diagnostic difficile.

- Phase pré-ictérique

- Anorexie, nausées, douleur HCD
- Asthénie, fièvre
- Syndrome grippal
- Arthralgies, urticaire

- Phase ictérique

- Ictère cutanéomuqueux
- Selles décolorées, urines foncées
- Légère hépatomégalie
- Splénomégalie


# Recherche de signes de gravité

- La mesure du TP doit être systématique et répétée à la phase aiguë (2 fois par semaine) ; s'il est inférieur à 50 %, il s'agit d'une hépatite sévère.
- En cas d'encéphalopathie (troubles du sommeil, somnolence, astérixis), il s'agit d'une hépatite fulminante, le patient doit être hospitalisé d'urgence dans un service spécialisé à proximité d'un centre de transplantation hépatique.

# CAT en cas d'hépatite aiguë

## Mesures générales:

- Il n'y a pas de traitement spécifique, en dehors de l'interferon (pégylé) pour l'hépatite C.
- Il faut éviter tout médicaments hépatotoxique ou neuro-sédatif (paracétamol, sédatif, anti-vomitifs, neuroleptiques, bactrim etc). Qui peuvent aggraver l'hépatite aiguë et favoriser l'apparition d'une forme fulminante.

- 
- Des mesures d'hygiène doivent être conseillées pour éviter la contamination de l'entourage en cas d'hépatite A ou E.
  - Une enquête doit être effectuée pour déterminer la source de contamination.
  - Il faut effectuer une enquête familiale.
  - Sans attendre, il faut débiter une immunoprophylaxie pour le sujet contamine dans le cas de l'hépatite B.



# VHA





## I. Épidémiologie :

- **1. agent** : VHA picornaviridae (entérovirus), virus à ARN.
  - Excrétion fécale brève mais intense
- **2. réservoir** : homme.
- **3. transmission** : digestive : oro-fécale et manu-portée surtout l'eau
- **4) Modalités**
  - Endémo-épidémique
  - Enfant et adulte jeune
  - Mauvaises conditions d'hygiène

## II. Clinique

- 1) Incubation : 2 à 6 semaines
- 2) forme ictérique
- 3) formes anictériques
  - Formes asymptomatiques
  - Formes anictériques : Élévation des transaminases  
TGO TGP

## III. Biologie

- Atteinte hépatique
  - Syndrome de cytolyse : ALAT, ASAT 
  - Syndrome de rétention biliaire : bilirubine ,  
Phosphatases Alcalines 
  - Insuffisance hépatocellulaire : Taux de  
Prothrombine 
- Sérologie : Anticorps anti-VHA

## **IV. Evolution**

Favorable en 10 à 15 jours , jamais chronique

## **V. Traitement**

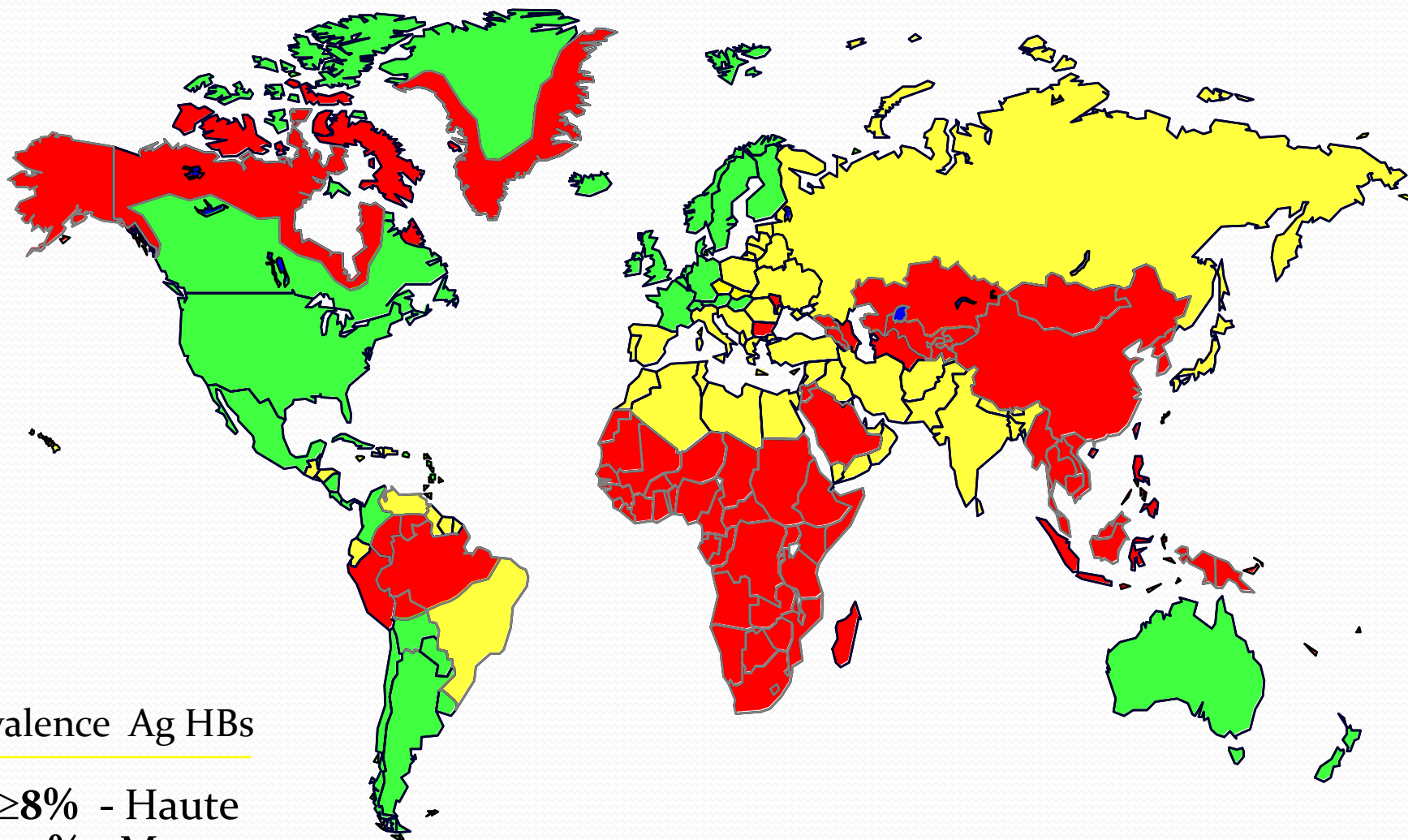
- Repos
- Régime alimentaire riche en glucose
- Arrêt des médicaments hépatotoxique
- préventif : amélioration des conditions d'hygiène
- vaccin

# VHB

## I. Épidémiologie :

- 1. agent : VHB Hépadnaviridae, virus à ADN.
- 2. réservoir : homme.
- 3. transmission :
  - Parentérale : sang et dérivés, injections
  - Sexuelle et salivaire
  - Mère-enfant
- 4) Modalités
  - Zones basse, moyenne et haute endémie

# Repartition géographique du VHB



Prevalence Ag HBs

- ≥8% - Haute
- 2-7% - Moyenne
- 2% - Basse

## ● II. Pathogénie

- Virus peu cytopathogène
- Réaction immune de l'hôte
  - Très forte hépatite fulminante
  - Forte : hépatite aiguë
  - Faible : hépatite asymptomatique, chronicité
  - Nulle : portage chronique

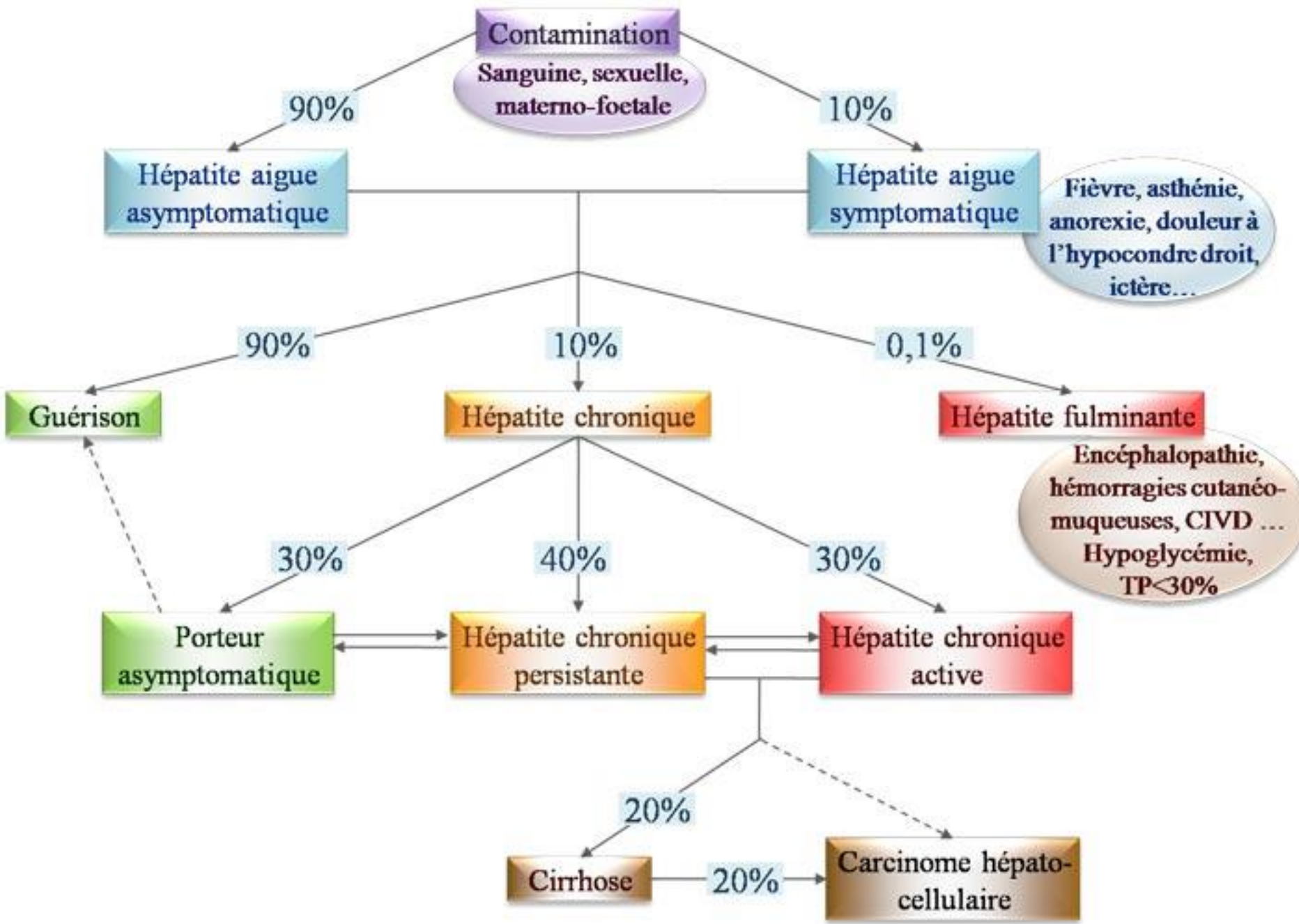
## ● III. Clinique

### Polymorphisme clinique

- 1) incubation : 4 à 28 semaines
- 2) Forme asymptomatique : 90%
- 3) Forme aiguë

### III. Biologie

- 1) Atteinte hépatique :
  - Cytolyse hépatique
  - Cholestase
  - Insuffisance hépatocellulaire (TP)
  
- 2) Sérologie :
  - Ag HBs, HBe et HBc
  - Ac anti-HBs, anti-Hbe, anti-Hbc
  - ADN viral





## v. Traitement

- 1) curatif
  - Formes aiguës communes : pas de traitement
  - Formes fulminantes : traitement symptomatique
  - Formes chroniques
    - Interféron pégylé
    - Entécavir, Ténofovir.
- 2) préventif
  - Vaccination (0, 1, 6 mois)
  - Sérothérapie
  - Limitation des actes à risque
    - Personnels soignants
    - Toxicomane
    - Préservatifs

# gravité

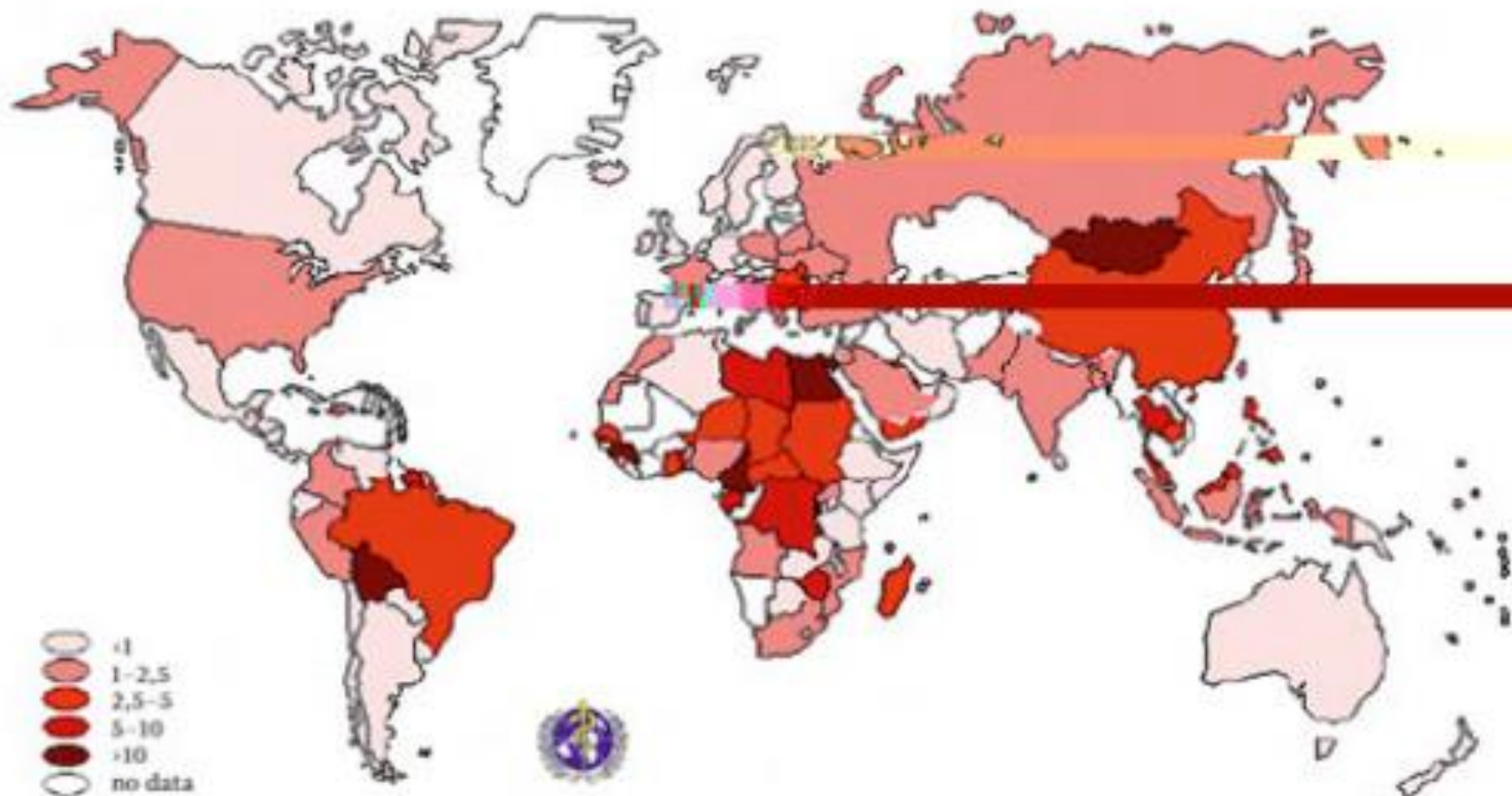
- Hépatite fulminante
- Chronicité
- Cirrhose
- CHC carcinome hépatocellulaire

# VHC

## I. Epidémiologie

- 1) Agent : VHC
  - Flaviviridae, ARN
- 2) Réservoir : Homme
- 3) Transmission
  - Parentérale : sang et dérivés, injections accidentelles ou toxicomanie,
  - Matériel contaminé
  - relation sexuelle homo surtout et salivaire
  - Mère-enfant
- 4) Modalités
  - En Algérie : 1-3% population

# GLOBAL PREVALENCE OF HEPATITIS C



**Fig.1** Prévalence de l'hépatite C dans les différentes zones géographiques mondiales. Source: Pharmafrica.com mai 2015

## II. Clinique

- 1) Incubation : 4 à 12 semaines
- 2 ) Peu symptomatique

## III. Biologie

- 1) Transaminases : 5 -10 fois la normale
- 2) Sérologie
  - Ac anti-HVC
  - Charge virale

## • IV. Evolution

- 1) guérison : 15 - 35<sup>0</sup>%
- 2) Hépatite chronique : 35 - 85<sup>0</sup>%
  - Cirrhose
  - Carcinome hépatocellulaire

- L'ARN viral peut être mis en évidence dans le sang une à 3 semaines après l'infection,
- et les anticorps spécifiques, 8 à 12 semaines après l'infection.
- Les anticorps anti-VHC restent positifs pendant toute la vie.
- Dans les cas d'infection chronique, l'ARN du VHC reste positif dans le sang.
- En cas de guérison, l'ARN viral n'est plus détectable dans le sang

## • V. Traitement

### • 1) Curatif

#### • Moyens

- Interféron alpha + Ribavirine jusqu'à 48 semaines

#### • Indications

- Hépatite chronique active
- Hépatite aiguë

#### • Surveillance

- Transaminases
- Blb
- TP

### • 2) Prophylaxie

- Dépistage chez les donneurs de sang
- Désinfection du matériel

# Hépatite Delta

## I. Epidémiologie

- Agent : VHD, virus défectif à ARN
- Transmission parentérale

## II. Diagnostic

- Co-infection VHB/VHD : hépatite fulminante
- Surinfection : 80% hépatite chronique
- sérologie



# Hépatite virale E

## I. Epidémiologie:

1) **Agent** : VHE

Calcivirus, ARN

Élimination fécale

2) **Réservoir et Transmission**: homme, oro-fécale.

## II. Diagnostic:

Clinique : souvent ictérique

Biologique : sérologie

## III. Évolution :

Bénigne

Formes graves chez femmes enceintes

## IV. Traitement : aucun

# HEPATITE VIRALE ET AFFECTIONS BUCCO- DENTAIRES

- L'identification du patient est un acte à effectuer dès le premier contact avec lui dans le cabinet dentaire,
- le praticien est appelé à mener à bien son interrogatoire qui peut révéler une atteinte d'hépatite guérie ou encore sous traitement ;
- comme il peut être négatif si le patient ignore sa maladie ou la nie complètement par honte ou de crainte d'être privé des soins, dans ce cas seule la connaissance préalable de la sémiologie des hépatopathies comme étant une maladie d'ordre générale ainsi qu'un bon examen clinique amènent à suspecter une hépatite.

# Manifestations buccales

- Décoloration de la muqueuse : résulte de l'augmentation du taux de la bilirubine sérique.
- Hémorragie : des gingivorragies.
- Purpura : se manifeste par des taches pétéchiales de taille variable qui ne s'effacent pas à la pression, ou par des ecchymoses buccales.
- la salive contient des antigènes de l'hépatite B et peut être la source de transmission non parentérale.

# Evaluation des risques

- Le risque infectieux,
- Le risque hémorragique,
- Le risque de contamination,
- Et le risque thérapeutique.

# Risque infectieux

- Les patients qui présentent une insuffisance hépatique sont considérés comme immunodéprimés
- Hygiène orale :  
L'instauration d'une hygiène orale rigoureuse.
- Antibiothérapie préventive :  
Antibioprophylaxie pour la réalisation des actes sanglants lorsque la maladie est instable et en phase active.
- Dans ce cas, les actes non urgents peuvent être reportés jusqu'à stabilisation de l'atteinte hépatique.

# Risque hémorragique

- Les troubles de la coagulation et de l'hémostase peuvent résulter des dysfonctions hépatiques et/ou des traitements à base d'interféron et/ou de ribavirine qui peuvent être à l'origine de thrombocytopénie.
- TP, TCK et FNS seront vérifiés avant tout type d'intervention chirurgicale.
- En ce qui concerne le taux de prothrombine (TP) :
  - Entre 70 et 100 % : ces soins peuvent être réalisés,
  - Entre 30 et 70 % : des moyens d'hémostase locaux doivent être utilisés,
  - En dessous de 30 % : aucune intervention n'est possible, le risque hémorragique étant trop important, en cas de nécessité absolue, : l'intervention sera réalisée en milieu hospitalier (après concertation avec le médecin traitant).

- En ce qui concerne le taux des plaquettes :
  - > 100 000/mm<sup>3</sup> : Il n'y a aucune précaution particulière à prendre,
  - Compris entre 50 000 et 100 000/mm<sup>3</sup> : Des moyens d'hémostase locaux doivent être utilisés,
  - < 50 000/mm<sup>3</sup> : on ne peut intervenir qu'en cas de nécessité absolue en milieu hospitalier après transfusion plaquettaire.



# Risque de contamination :

- La contamination de l'équipe soignante par le patient atteint d'une hépatite virale peut se faire lors d'une exposition au sang.
- Il peut s'agir d'une pique, d'une blessure lorsqu'on dérape avec un instrument ou lors de la projection dans les yeux.
- Le risque de contamination est de 30% après exposition à l'hépatite virale B et de 3% après exposition à l'hépatite virale C.

- Ainsi, la protection du personnel soignant se fait par la mise en place de certaines mesures barrières ou de protection individuelle:
  - Gants, masque, lunettes (ou masque visière), la pose de la digue.
  - Une sur-blouse à usage unique si l'acte prévu est chirurgical,
  - Vaccination contre l'hépatite virale B.
- Les assistantes enceintes ne devront pas participer aux soins des patients infectés ni au nettoyage des instruments utilisés chez ces patients

- Toutes les surfaces de travail exposées à une éventuelle contamination doivent être recouvertes.
- L'utilisation d'un matériel à usage unique (jetable) est souhaitable. Après usage il doit être placé dans container résistant (aux aiguilles, aux lames de bistouri...) identifié comme contenant du matériel contaminé et être incinéré.
- Le matériel à usage multiple doit être désinfecté physiquement puis stérilisé de façon appropriée.
- il sera préférable de donner des RDV en fin de journée, non seulement pour réduire le risque de contamination mais aussi pour permettre le nettoyage et la stérilisation de l'unit et du matériel environnant.

- Afin de limiter le risque de piqûres accidentelles, les aiguilles ne seront recouvertes de leur protection initiale qu'à l'aide d'un instrument (porte aiguille par exemple).
- Les empreintes à destination du laboratoire doivent être identifiées comme provenant d'un sujet contaminé. elles seront placées dans un bain de glutaraldéhyde à 2% pendant une heure puis rincer et replacées dans un bain frais pour au moins 3 heures avant d'être traitées par le prothésiste.

# Cas d'accidents d'exposition au sang

- Mettre en œuvre les mesures immédiates :
  - arrêter le geste en cours,
  - en cas d'exposition cutanée : Nettoyer la plaie à l'eau et au savon sans presser pour faire saigner puis plonger la plaie dans une solution antiseptique pendant 5mn : chlorexidine, polyvidone iodée, alcool à 70° ou eau de javel,
  - en cas de projection sur muqueuse : Rincer abondamment à l'eau et au sérum physiologique pendant 10 minutes avant de désinfecter avec un collyre antiseptique (yeux).

- Par la suite, il faut :
  - Évaluer les risques de contracter l'infection : Piqûre d'aiguille (type de l'aiguille, longueur), coupure (longueur et profondeur), contact sur une muqueuse ou une peau non saine, port de gant,
  - Évaluer l'état clinique et sérologique du patient source,

- ✓ Administration d'anticorps anti-hépatite B après l'exposition, 1 mois, 6mois
- ✓ Pour l' hépatite C pas de traitement prophylactique
- ✓ déclarer l'accident à la médecine de travail.
- ✓ Suivi régulier : dosage des transaminases et sérologie ( 6semaine , 3mois , 4mois ) .
- ✓ Il est bien évident que les praticiens atteints d'hépatite virale devront arrêter leur exercice jusqu'à la guérison complète.
- ✓ Le personnel ayant un AG HBs positif devra prendre des précautions pour éviter toute dissémination.

# Risque thérapeutique :

- en cas d'insuffisance hépatique, il y a une diminution du métabolisme des médicaments liée à la baisse de la synthèse enzymatique (augmentation de la demi-vie d'élimination), certains médicaments qui peuvent devenir toxiques.
- Il est préférable d'éviter les médicaments à métabolisme hépatique



<b>Médicaments et IH</b>	<b>Atteinte faible et modérée 3LSN&lt;ASAT-ALAT&lt;8LSN</b>	<b>Atteinte sévère ASAT-ALAT&gt;8LSN</b>	<b>Remarques</b>
<b>Macrolides</b>	Réduire la posologie : oui	Contre-indiquer	Métabolisation et élimination hépatique
<b>Pénicillines</b>	Pas de problèmes particuliers	Pas de problèmes particuliers	Faible métabolisation hépatique
<b>Métronidazole</b>	Réduire la posologie	Contre-indiquer	Contre-indiquer, notamment si la fonction rénale est également altérée
<b>AINS</b>	Réduire la posologie	Contre-indiquer	Hypo albuminémie Risque d'IR
<b>Corticoïdes</b>	Pas de problèmes particuliers	Pas de problèmes particuliers	Surveillance étroite en cas d'IH sévère
<b>Tramadol</b>	Réduire la posologie	Contre-indiquer	NAPQI métabolite hépatotoxique
<b>Paracétamol</b>	Réduire la posologie	Contre-indiquer	
<b>Codéine</b>	Réduire la posologie	Contre-indiquer	
<b>Anesthésiques locaux</b>	Pas de problèmes particuliers	Pas de problèmes particuliers	Injection ponctuelle

# Patients ayant une hépatite virale aigue ou active

- ✓ Eviter les soins dentaire au maximum
- ✓ En cas d'intervention chirurgicale indispensable (avulsion), il est nécessaire de faire un bilan d'hémostase : TP, TCK, taux de plaquette
- ✓ En cas de perturbations de ces examens, il faudra en discuter avec le médecin traitant.

# Patients ayant eu une hépatite virale : (après guérison)

- ✓ Les patients ayant présenté une atteinte hépatique virale ancienne et guérie peuvent être traités comme des patients sains.
- ✓ Les patients ayant un AG HBs positif, devront être traités de la même façon que les patients ayant l'hépatite virale aiguë ( risque de contamination élevé )