

Consommation excessive d'alcool et maladie sévère du foie chez les patients nouvellement pris en charge pour une hépatite C, en France, en 2001

E. Delarocque-Astagneau¹, F. Roudot-Thoraval², C. Campèse¹, J.-C. Desenclos¹ et le comité de pilotage du système de surveillance*

¹InVS, Saint-Maurice – ²Service de santé publique, Hôpital Henri-Mondor, Université Paris XII, Créteil

*Membres du comité de pilotage : J.-P. Bronowicki, Nancy ; P. Couzigou, Bordeaux ; O. Gorla, Rouen ; D. Guyader, Rennes ; P. Hillon, Dijon ; P. Marcellin, Clichy ; J.-P. Miquet, Besançon ; J.-P. Zarski, Grenoble

Contexte

L'hépatite C en France

- Prévalence des anticorps anti-VHC 1 % (1994) : 500 000-650 000 personnes
- Incidence chez les usagers de drogues : 9 à 11/100 personnes* années (Nord et Nord-Est de la France, cohorte prospective 1999-2001)
- Transmission possible lors de soins médicaux
- Gravité de l'infection par le VHC, histoire naturelle :
 - 55 % à 85 % des infections aiguës évoluent vers la chronicité ;
 - 0 % à 30 % des infections chroniques évoluent vers la cirrhose ;
 - 1 % à 3 % des cirrhoses par an évoluent vers un cancer primitif du foie.
- Hépatite C impliquée en cause initiale ou associée dans 1 740 à 1 930 décès en 1997 (CépiDc)

Programme de lutte depuis 1998

- Renforcer les actions de prévention
- Améliorer le dépistage
- Améliorer la prise en charge des patients infectés

Système de surveillance de l'hépatite C par les pôles de référence : patients nouvellement pris en charge pour hépatite C

- Depuis 2000
 - 26 des 31 pôles de référence pour l'hépatite C :
 - services d'hépatologie ;
 - réseaux avec services non universitaires ;
 - définition de cas : patient anti-VHC positif consultant ou hospitalisé pour la première fois (premier contact) dans le pôle de référence ou dans un service appartenant au réseau inter-hospitalier développé par le pôle.
 - Plus de 10 % des patients VHC+ sont pris en charge à un stade sévère : cirrhose, cancer du foie

Objectif

- Identifier les facteurs associés à la présence d'une maladie sévère du foie lors de la prise en charge pour hépatite C dans un pôle de référence

Méthode(s)

Données recueillies en routine par le système de surveillance

- Date 1^{ère} sérologie VHC+, date de contamination
- Âge à la prise en charge, à la contamination
- Circonstances de découverte, facteurs de risque VHC rapportés
- Consommation d'alcool :
 - définitions retenues par les hépatologues du Comité de pilotage pour la surveillance ;
 - excessive = plus de 21 verres par semaine chez la femme, plus de 28 verres par semaine chez l'homme ;
 - dans le passé : oui/non et nombres d'années de consommation excessive ;
 - dans les 6 mois précédant le dépistage.
- Co-infections virales
- Gravité de la maladie du foie :
 - clinique-biologique-morphologique : ALT, ALT/AST, taux de prothrombine, plaquettes ; échographie ;
 - histologique : classification Metavir.

Patients/définitions

- Patients inclus :
 - patients nouvellement pris en charge en 2001 dans les pôles de référence participant au système de surveillance.
- Sévérité de la maladie du foie :
 - établie sur les critères clinique-biologique-morphologique ;
 - « maladie sévère » correspond à : cirrhose compliquée ou non, cancer primitif du foie.

Résultats

Description des patients

- 3 906 patients ; 56,5 % hommes ; âge moyen 45 ans +/- 14 ; 90 % ARN VHC +
- 3 404 patients (87 %) ont une évaluation « clinique-biologique-morphologique » de la sévérité de la maladie du foie
- 1 745 (45 %) ont une évaluation histologique (classification Metavir) de la sévérité de la maladie du foie

Tableau 1 – Stade « clinique-biologique-morphologique » des patients nouvellement pris en charge pour hépatite C, 2001

Stade	N=3 404 n (%)	Maladie sévère
ALAT normales	601 (17,7)	
Hépatite chronique	2 397 (70,4)	
Cirrhose compliquée ou non, cancer primitif du foie	391 (11,5)	Maladie sévère
Hépatite aiguë	15 (0,4)	

Tableau 2 – Facteurs associés à une maladie sévère du foie à la prise en charge de l'hépatite C, 2001 ; analyse univariée

	Stade sévère		OR (IC 95 %)
	Oui 391 n(%)*	non 3 013 n(%)*	
Homme	247 (63,2)	1 684 (55,9)	1,3 (1,1-1,7)
Âge exposition VHC>39	55 (25,6)	277 (14,4)	2,1 (1,4-2,9)
Âge prise en charge	334 (85,4)	1 708 (56,3)	4,5 (3,3-6,1)
Durée de l'infection	159 (73,9)	998 (51,8)	2,6 (1,9-3,6)
Transfusion avant 1991	143 (38,4)	879 (30,2)	1,4 (1,1-1,8)
Drogues IV ou nasale	86 (23,8)	1 150 (40,7)	0,4 (0,3-0,6)
Exposition nosocomiale	53 (14,8)	531 (18,8)	0,7 (0,5-1,0)
Alcool passé excessif	119 (37,9)	608 (24,8)	1,8 (1,4-2,4)
VIH positif	21 (5,4)	108 (3,6)	1,5 (0,9-2,5)
Antigène HBs positif	14 (3,6)	93 (3,1)	1,2 (0,6-2,0)

* Valeurs manquantes pour certaines variables

Tableau 3 – Facteurs associés à une maladie sévère du foie à la prise en charge de l'hépatite C, 2001 ; analyse multivariée (1)

Variables	OR	IC 95%
Homme	1,3	(1,1-1,9)
Âge prise en charge >39	3,8	(2,7-5,3)
UD IV ou nasale	0,4	(0,3-0,6)
Exposition nosocomiale	0,6	(0,4-0,8)
Alcool passé	2,6	(1,9-3,5)
VIH	1,9	(1,1-3,3)

Tableau 4 – Facteurs associés à une maladie sévère du foie à la prise en charge de l'hépatite C, 2001 analyse multivariée (2) ; patients à âge à l'exposition connue

Variables	OR	IC 95%
Homme	1,4	(1,0-2,0)
Âge à l'exposition VHC >39	1,6	(1,1-2,4)
Durée infection >15 ans	2,6	(1,8-3,7)
Utilisation de drogues IV ou nasale	0,4	(0,3-0,6)
Alcool passé	2,7	(1,8-3,9)
Antigène HBs positif	2,4	(1,1-5,2)

Discussion/Conclusion

Points de discussion

- Patients pris en charge dans services spécialisés
- Choix de l'évaluation « clinique-biologique-morphologique » de la sévérité de la maladie du foie :
 - pour limiter le biais potentiel de sélection d'une classification basée sur la biopsie du foie ;
 - avec pour conséquence possible des erreurs de classification.
- Données non recueillies sur des facteurs potentiellement associés à la sévérité de la maladie du foie : tabac, surcharge pondérale, fer, etc.
- Points positifs de l'étude :
 - patients non sélectionnés sur leurs modes de contamination, prise en charge récente, toutes les régions de France ;
 - effectif important ;
 - analyse faite à partir des données d'un système de surveillance dont l'exhaustivité interne est bonne (73 % à 100 % pour l'année 2001).

Consommation excessive d'alcool dans le passé et maladie sévère du foie

- Alcool et VHC :
 - littérature : rôle connu de la consommation excessive d'alcool sur le risque de cirrhose chez les personnes VHC + ;
 - mais pas toujours ajusté sur les autres facteurs ;
 - et pas celui de la consommation antérieure au diagnostic VHC.
- Rôle de la consommation excessive d'alcool dans le passé dans cette étude :
 - 61 % des maladies sévères du foie des patients nouvellement pris en charge pour hépatite C et ayant eu une consommation excessive d'alcool dans le passé, sont attribuables à cette consommation.
- Ce qui signifie que la fibrose (cirrhose) peut être déjà constituée au moment de la prise en charge pour l'hépatite C, moment où la consommation excessive d'alcool est dépistée et le conseil d'arrêt ou de diminution est formulé.
- Ainsi, cette étude apporte encore un élément en faveur d'une amélioration du dépistage de la consommation excessive d'alcool en France.

Remerciements

- InVS, Saint-Maurice : C. Lagrée, C. Pioche, E. Couturier
- CHU de Fort-de-France, Dr Edouard ; CHU de Bordeaux, hôpitaux de Haut-Lévêque, P. Couzigou, J. Foucher ; CHU de Clermont-Ferrand, Bommelaer, A. Abergel ; CHU de Caen, M.-T. Dao, C. Guillermard ; CHU Dijon, hôpital du Coccage, P. Hillon, A. Minello ; CHRU Pontoisillou, Rennes, P. Brissot, D. Guyader ; CHU Tours, hôpital Trousseau, E.H. Metman, L. d'Alteroche ; CHU de Reims, hôpital Robert Debré, G. Thieffin, S. Levy ; CHU de Besançon, J.-P. Miquet ; CHU Rouen, hôpital C. Nicolle, O. Gorla ; CHU Bichat-Beaujon, Clichy, P. Marcellin, M.-P. Ripault ; CHU Créteil, D. Dhumeaux, C. Hezode ; CHU Necker, Paris, S. Pol, B. Nalpas ; CHU Montpellier, D. Larrey ; CHU de Limoges, B. Pilegand ; V. Loustaud-Ratti ; CHU de Nancy, J.-P. Bronowicki, C. Villette ; CHR de Metz, J.-J. Raabe ; CHU Purpan, Toulouse, J.-P. Pascal, K. Barange ; CHRU de Lille, J.-C. Paris, V. Canva-Delcambre ; CHU de Nantes, J.-P. Galmiche, J. Gournay ; CHU d'Angers, P. Cales, I. Hubert-Fouchard ; CHU d'Amiens, D. Capron ; Hôpital Jean Bernard de Poitiers, M. Morichau-Beauchant, C. Silvain ; CHU de Nice, A. tran, E. Mariné-Barjoan ; Hopitaux de Lyon, Hôtel Dieu, C. Trépo, P. Pradat ; CHU Grenoble, J.-P. Zarski, A. Plagès