



Infection à hépatites virales b et c chez les patients porteurs d'une tumeur maligne solide au centre hospitalier universitaire de Brazzaville

Viral hepatitis b and c infection in patients with solid malignancies at the Brazzaville university hospital center

Ndounga Eliane¹, Ndingossoka Jessica Roslie¹, Ondele Dzeoko Ruth¹, Bolenga Liboko Alexis Fortuné^{1,2}, Nsondé Malanda Judith^{1,2,3}, Nkoua Mbon Jean Bernard^{1,2}

¹ Service de Cancérologie, CHU de Brazzaville, République du Congo

² Université Marien NGOUABI, Brazzaville, République du Congo

³ Programme National de Lutte contre le Cancer (PNLC), Brazzaville, République du Congo

Résumé :

Objectif.

Décrire les caractéristiques cliniques et thérapeutiques des hépatites virales B et C chez les patients porteurs d'une tumeur maligne solide au CHU-B.

Patients et méthode. Il s'agit d'une étude transversale descriptive menée dans le service de carcinologie du CHU de Brazzaville du 1er avril au le 31 décembre 2022. Ont été inclus tous les patients suivis pour une tumeur maligne confirmé présentant une sérologie hépatitique B ou c positive lors du bilan pré thérapeutique.

Résultats. Deux cent onze (211) ont été inclus dans l'étude. La fréquence de l'hépatite virale était de 41,23%. L'âge moyen était de $51,43 \pm 14,05$ ans avec une prédominance féminine. Les facteurs de risques étaient dominés par le risque sexuel (38%). L'Antigène Hbs étaient positif chez 27 patients (12,8%), l'anticorps anti-HBc chez 13 (6,2%) et l'anticorps anti-VHC chez 47 (22,3%) d'entre eux. La charge virale était inférieure à 10000 copies/ml chez 17 (19,5%) patients, comprise entre 10000 et 100000 copies/ml chez 24 (27,6%) patients et enfin supérieure à 100000 copies/ml chez 46 (52,6%) patients. Le traitement consistait en une monothérapie antivirale pour les patients positifs à l'hépatite B et en une bithérapie pour ceux positifs à l'hépatite C.

Conclusion. L'hépatite virale demeure un fléau au Congo. Des efforts supplémentaires de sensibilisation devraient être faits afin d'en réduire la fréquence.

Mots clés : cancer, hépatite virale B et C, CHU-B.

Aims:

Objective. To describe the clinical and therapeutic characteristics of viral hepatitis B and C in patients with solid malignancies at CHU-B.

Patients and method: This was a descriptive cross-sectional study conducted in the carcinology department of Brazzaville University Hospital from 1 April to 31 December 2022. All patients treated for a confirmed malignant tumor with positive hepatitis B or c serology during the pre-treatment work-up were included.

Results: The incidence of viral hepatitis was 41.23%. The mean age was 51.43 ± 14.05 years, with females predominating. Risk factors were dominated by sexual risk (38%). Ag Hbs was positive in 27 (12,8%) patients, anti-HBc in 13 (6,2%) and anti-HVC in 47 (22,3%). Viral load was less than 10,000 copies/ml in 17 (19.5%) patients, between 10,000 and 100,000 copies/ml in 24 (27.6%) patients and greater than 100,000 copies/ml in 46 (52.6%) patients. Treatment consisted of antiviral monotherapy for hepatitis B-positive patients and dual therapy for hepatitis C-positive patients. **Conclusion:** Viral hepatitis remains a scourge in the Congo. Additional awareness-raising efforts should be made to reduce its frequency.

Key words: cancer, viral hepatitis B and C, CHU-B.

Correspondance

Dr Eliane NDOUNGA ; Service de Cancérologie, CHU de Brazzaville

Téléphone : (+242) 05 358 70 37

Email : endounga@yahoo.fr

Article reçu : 14-04-2024

Accepté : 01-01-2025 **Publié :** 27-01-2025



Copyright © 2025. Eliane NDOUNGA et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article : Eliane NDOUNGA et al. Infection à hépatites virales b et c chez les patients porteurs d'une tumeur maligne solide au centre hospitalier universitaire de Brazzaville. 2025 ; 8(1) : 43 - 54

Introduction :

Considérée comme étant la deuxième cause de mortalité par maladie infectieuse dans le monde, après les infections respiratoires, l'hépatite virale constitue un problème majeur de santé publique [1]. L'Afrique subsaharienne demeure l'une des régions les plus touchées avec une prévalence globale de l'hépatite B estimée à 8% en Afrique de l'ouest et à 5 jusqu'à 7% en Afrique centrale [2]. Au Congo, plusieurs études rapportent des prévalences oscillantes respectivement entre 5-20% pour le virus de l'hépatite B (VHB) et 4-13,9% pour le virus de l'hépatite C (VHC) [3].

Si l'infection aux virus de l'hépatite peut rester longtemps asymptomatique et non compliquée chez la plupart des patients, elle peut parfois avoir des conséquences fatales, notamment chez les patients immunodéprimés [4]. L'initiation d'un traitement anticancéreux en oncologie médicale est un facteur d'immunosuppression acquise qui peut interférer avec une infection occulte telle que l'hépatite virale. Dans ce contexte, un dépistage systématique est recommandé avant tout traitement [4].

Parmi les différentes études publiées en République du Congo, en rapport avec les hépatites B et C, il n'en existe aucune ayant portées sur les patients ayant un cancer solide. C'est pourquoi nous menons cette étude dans le but de contribuer à la vulgarisation du dépistage de ces affections au sein de cette population de malades afin d'en réduire la prévalence.

Patients et méthodes :

Il s'est agi d'une étude descriptive transversale. Nous avons réalisé un recueil de données à la fois rétrospective et prospective dans le service de Carcinologie du CHU-B entre le 1er avril et le 31 décembre 2022 (9mois). L'échantillonnage était exhaustif Ont été inclus, tous les patients suivis pour une tumeur maligne solide confirmée chez qui une infection par le virus de l'hépatite B ou C a été découverte au cours du bilan pré-thérapeutique. Les patients déjà suivis pour une hépatite virale B ou C avant le diagnostic de la pathologie cancéreuse et ceux n'ayant pas réalisés le bilan ont été exclus. Le recueil des données a été fait à partir des dossiers médicaux des patients ayant consultés durant la période d'étude.

Nous avons étudié les variables de type :

- Sociodémographiques : l'âge, le sexe et la situation matrimoniale, la profession ;
- Clinico-biologiques : le type et le stade du cancer, les circonstances de découverte de l'hépatite, les facteurs de risque de l'hépatite et le profil virologique ;
- Thérapeutiques : la charge virale initiale et le traitement institué.

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête préalablement testée. Nous avons utilisé le logiciel Excel 2016 pour le calcul des proportions des différentes variables concernées dans cette étude. Les variables catégorielles ont été exprimées en effectif et en pourcentage. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne \pm écart type ou en médiane avec intervalle interquartile.

Résultats

- **Fréquence :**

Durant la période d'étude, 211 patients répondant aux critères ont été inclus dans l'étude. Une hépatite virale a été retrouvée chez 87 patients (41,23%).

- **Caractéristiques sociodémographiques et cliniques :**

L'âge moyen était de $51,43 \pm 14,05$ ans avec des extrêmes de 27 et 79 ans. On notait 162 (77%) femmes et 49 (23%) hommes soit un sex ratio de 0,3.

La tranche d'âge la plus représentative était celle des patients âgés entre 45-65 ans (47,4%). La catégorie des patients sans emploi était la plus touchée par l'affection. Trente-huit pour cent (38,4%) des patients présentaient comme siège tumoral la glande mammaire.

Le tableau I résume les principales caractéristiques sociodémographiques et cliniques de nos patients.

- **Facteurs de risque**

L'absence de vaccination aux hépatites B et C constituait le principal facteur de risque (100%), suivis par les risques sexuel et transfusionnel, qui représentaient respectivement 38,4% et 33,2%.

Tous les facteurs de risque retrouvés sont résumés dans le tableau II.

- **Caractéristiques virologiques (Figures 1 et 2)**

La présence du virus de l'hépatite B a été détecté chez 184 (87,2%) patients et celle de l'hépatite C chez 164 (77,7%) patients. Quarante-vingt-sept patients (41,2%) ont réalisé une charge virale avec un taux supérieur à 100.000 copies chez 52,6%.

- **Traitement**

Sur le plan thérapeutique, seuls 70 patients (33,1%) dont 38 (18,0%) porteurs de l'hépatite virale B et 32 de l'hépatite virale C (15,1%) ont bénéficié d'un traitement. Ceux porteurs d'une hépatite B ont bénéficié d'une thérapie antivirale systématiquement en prophylaxie primaire avant le début du traitement anticancéreux ; la thérapie antivirale utilisée était à base de tenofovir 300 mg par jour. Pour les patients porteurs d'une hépatite C ; le traitement antiviral était à base de l'association sofosbuvir/velpatasvir 400/100 mg par jour.

Dans les deux cas, la durée du traitement était d'au moins 3 mois.

Discussion

Limites de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de Carcinologie du CHU-B, ce qui est loin d'être représentatif des autres services de cette spécialité dans la ville de Brazzaville. Néanmoins, nous pensons que la situation sur la question est sensiblement la même, d'autant plus que ce service est le plus ancien dans la prise en charge des cancers à Brazzaville.

Fréquence :

La fréquence de l'hépatite virale était de 47,23% dans notre étude. Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer d'une part, par le fait que la République du Congo est classée parmi les pays à forte endémicité des hépatites virales B et C [5] et d'autre part, par l'absence de vaccination chez tous les patients inclus. Kudjawu et al. en France rapportaient une fréquence de l'hépatite virale de 17,6% [6]. Il faut noter que leur étude n'avait porté que sur les patients porteurs de cancers primitifs du foie.

Age

Dans notre étude, l'âge moyen des patients étaient de 51 ans avec une prédominance féminine. La prédominance féminine observée concorde avec les données du Global Cancer observatory de 2022 [7]. Les patients porteurs de cancers du sein, du col de l'utérus et de la prostate étaient majoritaires. En effet, selon le Global Cancer observatory de 2022, ces deux localisations tumorales sont les plus fréquentes au Congo mais aussi dans les autres régions d'Afrique [7].

Le stade du cancer

Soixante-dix pour cent (70,6%) des patients étaient métastatiques. Au Congo, comme dans la plupart des pays d'Afrique, les patients consultent souvent tard comme rapporté par Gombé Mbalawa et al [8]. Plusieurs facteurs pourraient expliquer ce retard, notamment l'ignorance de la maladie, le manque de compétence et d'organisation des agents de santé, la pauvreté, la faiblesse des systèmes de santé et le charlatanisme (religion, médecine traditionnelle, voyance, médecine alternative...) [8].

Circonstances de découverte

L'infection à hépatite virale étant asymptomatique, la découverte était faite au décours du bilan pré-thérapeutique chez tous les patients. Aucun des patients n'avait reçu une vaccination anti-hépatique B et tous ont déclaré ne jamais en avoir entendu parler ; ce malgré l'introduction en 1991 de la vaccination contre l'hépatite B dans le programme élargi de vaccination dans le monde [9]. En République du Congo, des stratégies d'introduction du vaccin contre l'hépatite virale B dans le programme élargie de vaccination sont en cours de développement [10].

Facteurs de risque

Dans notre étude, les facteurs de risque ont été dominé par l'absence de vaccination chez tous nos patients. Ce résultat peut s'expliquer par l'ignorance des patients sur l'existence d'un vaccin contre l'hépatite B. les comportements sexuels à risque ont été identifié comme le second facteur de risque chez 38,4%. Cette information est importante pour les stratégies de prévention, d'où la nécessité de renforcer les programmes d'information, d'éducation et de communication en matière d'hépatite B et C.

Un antécédent de transfusion sanguine a été retrouvé chez 33,2% chez nos patients. L'absence de dépistage systématique des VHB et VHC peut en être la cause. En effet, actuellement, la transmission du VHB via la transfusion ou la transplantation a été éliminée dans les pays dont les donneurs sont systématiquement dépistés pour l'antigène HBs [11].

Traitement

L'hépatite virale B a été traitée par l'administration du tenofovir 300 mg par jour en accord avec les recommandations actuelles de prise en charge [8]. En effet, il existe 2 types de traitement de l'hépatite virale B : l'interféron alpha pégylé, qui n'est plus préconisé chez les patients porteurs d'un cancer et les analogues nucléosidiques ou nucléotidiques. On distingue 4 analogues nucléosidiques (lamivudine, telbivudine, emtricitabine et entécavir) et 2 analogues nucléotidiques (adéfovir et ténofovir). Actuellement, dans le traitement de l'hépatite virale B, les molécules modernes à plus faible risque de résistance (entécavir ou ténofovir) sont recommandées en première intention [8].

L'hépatite virale C a été traitée par l'association sofosbuvir/velpatasvir 400/100 mg par jour conformément aux recommandations actuelles [12]. En effet, pour l'hépatite virale C, les traitements proposés sont à base d'antiviraux directs : les inhibiteurs de protéase (télaprévir, bocéprévir, siméprévir, paritaprévir, asunaprévir), les inhibiteurs de la protéine NS5A (daclatasvir, ombitasvir, lédipasvir, elbasvir) et les inhibiteurs de la polymérase (sofosbuvir, dasabuvir, béclabuvir). Les traitements à base d'interféron alpha peuvent également être utilisés [4].

Conclusion

L'infection à hépatites virales B et C demeure un véritable fléau. Malgré les améliorations apportées à la couverture vaccinale systématique mondiale au cours des dernières décennies, des disparités régionales et locales résultant de la limitation des ressources et des priorités de santé concurrentes subsistent. Notre étude a révélé une absence de prévention primaire car la plupart des patients méconnaissaient l'existence d'une vaccination anti-hépatique B. Des efforts supplémentaires de sensibilisation sont indispensables afin de réduire la fréquence voire éradiquer ces affections l'hépatite virale B en République du Congo. Une étude à l'échelle nationale permettra d'atteindre cet objectif.

Conflit d'intérêt : aucun

Références

1. Global hepatitis report, 2017 [Internet]. [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565455>
2. Ott JJ, Stevens GA, Groeger J, Wiersma ST. Global epidemiology of hepatitis B virus infection: new estimates of age-specific HBsAg seroprevalence and endemicity. *Vaccine*. 2012; 30(12): 2212-9. Disponible sur <http://doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.12.116>
3. Mongo- Okouo A, Kanga Okandze A, Ahoui Apendi CP, Itoua-Ngaporo N, Mimiesse Monamou JF, Ngami RS et al. Séroprévalence des virus des hépatites Bet C chez les étudiants à Brazzaville. *Health Sci Dis* 2021 ; 22(2) : 18-22. Disponible sur <https://doi.org/10.5281/hsd.v22i2.2540>
4. Jaillais, A., Herber-Mayne, A., D'Alteroche, L., Landau, A., Merrouche, Y., & Vignot, S. Hépatite B : dépistage et traitement en oncologie. *Bull. Cancer* 2018 ; 105(2) : 162-70. Disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2017.09.003>
5. iAHO_Hepatitis_Regional_Factsheet_FR.pdf [Internet]. [cité 6 janv 2024]. Disponible sur https://files.aho.afro.who.int/afahobckpcontainer/production/files/iAHO_Hepatitis_Regional_Factsheet_FR.pdf
6. Kudjawu, Y., Le Bihan-Benjamin, C., Brouard, C., Leclerc, S., Cohen-Akenine, A., & Fontaine, H. (2020). Fréquence des hépatites virales chroniques associées au cancer primitif du foie diagnostiqué en France en 2017: étude à partir du Système national des données de santé. *Rev. Épidémiol Santé Publique* 2020; 68 (1): S9-10. Disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.respe.2020.01.018>
7. Global Cancer Observatory, 2022 [Internet]. [cité 08 fév 2022]. Disponible sur: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/178-congo-republic-of-fact-sheet>
8. Gombé Mbalawa C, Diouf D, Nkoua Mbon JB, Minga B, Makouanzi Nsimba S, Nsondé Malanda J. Arrivée des malades cancéreux aux stades avancés : tentative d'identification de responsabilité. *Bull Cancer* 2013 ; 100 (2) : 167-72. <https://doi.org/10.1684/bdc.2013.1696>
9. Saliou P. Vaccination et développement en Afrique sub-saharienne. *Bull Acad. Natle Méd*, 2007 ; 191(8) : 1589-1599, séance du 20 novembre 2007. Disponible sur [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)32910-3](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)32910-3)
10. Vers l'introduction du vaccin contre l'hépatite B dès la naissance en République du Congo [internet]. Cité le 17/03/2024. Disponible sur : <https://sante.gouv.cg/vers-lintroduction-du-vaccin-contre-lhepatite-b-des-la-naissance-en-republique-du-congo/>

11. Sbai A, Baha W, Ougabrai H, Allalia T, Dersi N, Laazar F et al. Prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite B et l'évaluation des facteurs de risque au Maroc. Path Biol 2012 ; 6: e65-9. Disponible sur <http://doi.10.106/j.pathbio.2011.06.001>

12. Moradpour D, Müllhaupt, B. Hépatite C : traitement actuel. Rev Med Suisse 2015 ; 11(471) : 902 - 6. Disponible sur <http://doi:10.53738/revmed.2015.11.471.090212>.

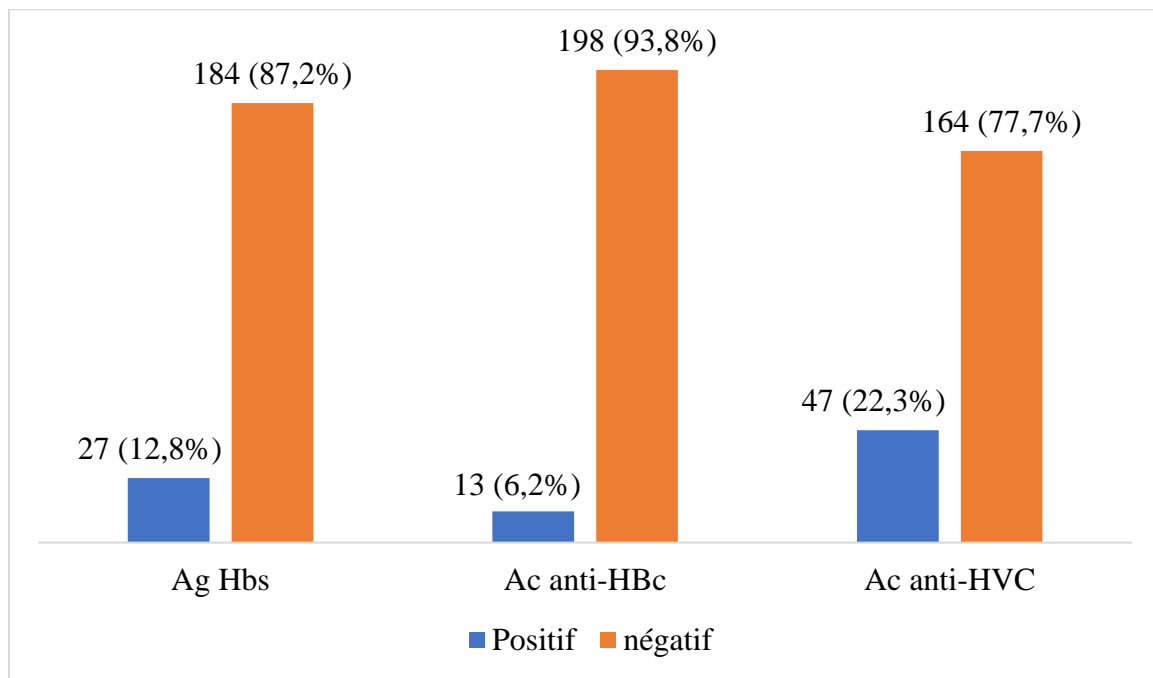


Figure 1 : Caractéristiques virologiques de l'hépatite

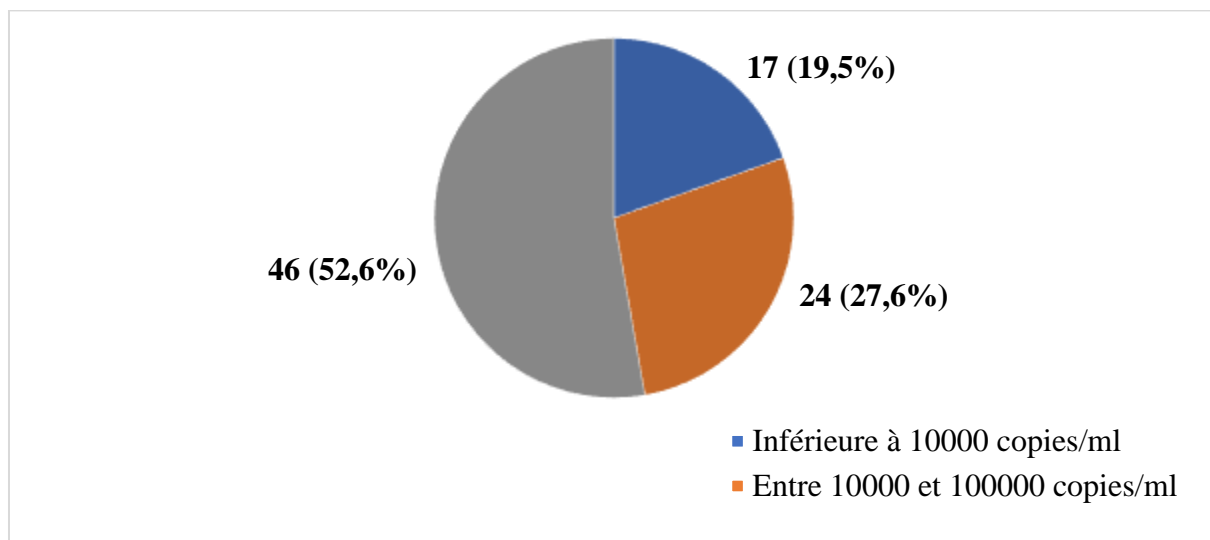


Figure 2 : Charge virale

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Tranche d'âge (ans)		
25-44	61	28,9
45-64	100	47,4
>64	50	23,7
Profession		
Travailleurs	80	37,9
Sans emploi	121	57,3
Retraités	10	4,7
Situation matrimoniale		
Célibataires	60	28,4
Mariés	41	19,4
Veufs	10	4,7
Non précisés	100	47,4
Siège tumoral		
Sein	81	38,4
Col de l'utérus	40	19
Prostate	55	26,1
Tube digestif	23	10,9
Autres	12	5,7
Stade du cancer		
Non métastatique	62	29,3
Métastatique	149	70,6

Tableau II : Facteurs de risque de l'hépatite virale

Facteurs de risque de l'hépatite virale	Présent	Absent
	n (%)	n (%)
Vaccination anti-hépatique B	-	211 (100)
Risque sexuel	81 (38,4)	130 (61,6)
Transfusion sanguine	70 (33,2)	141 (66,8)
Chirurgie	40 (18,9)	171 (80,1)
Soins dentaires	-	211 (100)