

## Les hépatites virales

### Un diagnostic pas facile : questionnez sur les facteurs de risque

Les hépatites virales ne sont pas toujours faciles à diagnostiquer surtout quand la maladie est insidieuse et que les symptômes sont peu apparents. L'évaluation des facteurs de risque peut être la clef pour conduire à un diagnostic probable.

L'hépatite A se transmet rapidement dans une garderie et un manipulateur d'aliments peut être source d'une éclosion se diffusant dans de larges populations et à de grandes distances.

Les hépatites virales sont à déclaration obligatoire à la fois par le médecin et le laboratoire. Une déclaration rapide par téléphone ou télécopieur peut faire la différence entre la limitation à un seul cas et une large éclosion.

Pour les maladies transmissibles par le sang (incluant les hépatites virales) le médecin doit répondre à la partie du formulaire de déclaration sur les dons et réceptions de sang, de tissus et d'organes.

Les vaccins contre les hépatites A et B sont gratuits pour certains groupes à risque. Il importe donc de les leur offrir.

Tester vos réflexes cliniques à la lecture des histoires de cas suivantes qui décrivent des scénarios typiques.

**Hépatite A** Caroline, une jeune femme de 21 ans, vous consulte parce que depuis quelques jours elle se sent fatiguée et n'a pas d'appétit. De plus, elle a aussi noté que ses urines étaient foncées.

Au questionnaire, vous apprenez qu'elle a eu des selles pâles ce matin. Elle a toujours été en santé. Elle ne prend pas de médicament sauf des contraceptifs oraux depuis quelques années. Elle demeure avec son copain, Marc, qui s'est plaint de symptômes similaires la semaine dernière.

À l'examen, vous notez une fièvre (38,5°C) et un léger ictère des conjonctives. Le reste est normal.

Comme diagnostic présomptif, vous pensez à une hépatite virale : vous écarterez l'hépatite B car elle a été vaccinée en 3<sup>e</sup> année du secondaire et son copain aussi; l'hépatite C est peu probable. Elle vous dit qu'elle fume du *pot* occasionnellement mais ne prend pas d'autres drogues. Pourrait-il s'agir d'une l'hépatite A ? Vous lui demandez si elle a voyagé dernièrement. De fait, elle est revenue il y a 2 semaines d'un voyage «sac à dos» de deux mois avec Marc au Mexique et en Amérique Centrale. Ils n'ont pas consulté de clinique santé-voyage avant le départ et n'ont jamais reçu de vaccin contre l'hépatite A.

Pour confirmer le diagnostic, vous demandez un test IgM anti-VHA le jour même. Le résultat revient positif. De plus, comme vous vous y attendiez, les enzymes hépatiques (AST et ALT) sont dans les quatre chiffres! Elle a des anticorps contre l'hépatite B et aucun anticorps contre l'hépatite C.

*suite à la page 2*

**Hépatite B** Mina est une jeune immigrante de 36 ans provenant du Liban et arrivée au Canada il y a 2 ans. Elle vous consulte en début de grossesse. Le questionnaire et l'examen physique ne révèlent rien d'anormal. Elle ne présente pas de facteurs de risque particuliers, ne se connaît pas de maladie chronique, est mariée et a un garçon de 11 ans né dans son pays d'origine.

Vous faites un bilan obstétrical incluant un dosage d'HBsAg.

#### **Le HBsAg revient positif.**

Vous revoyez Mina et, en la requestionnant, elle se souvient qu'à sa première grossesse, on lui avait vaguement parlé d'une infection au foie...Vous complétez le bilan pour l'hépatite B en demandant les HBeAg, les anti-HBe et les enzymes hépatiques.

#### **Maladie à déclaration obligatoire**

Vous complétez un formulaire de déclaration incluant la section concernant les dons et réceptions de sang, de produits sanguins, de tissus et d'organes et l'envoyez rapidement à la Direction de santé publique, même si toutes les réponses sont négatives et même si vous considérez que Mina ne souffre très probablement pas d'une hépatite B aiguë.

#### **Identification et suivi des contacts**

Comme médecin traitant d'une patiente infectée, vous êtes le mieux placé pour prendre en charge les contacts étroits de votre patiente, compte tenu que 80% des contacts étroits vivent dans le même milieu familial.

*suite à la page 3*

**Hépatite C** Pierre, 45 ans, vous consulte parce qu'il se sent plus fatigué depuis au moins 4 mois. Sa dernière consultation remonte à 5 ans pour une évaluation exigée par son employeur. L'examen physique ainsi qu'un bilan exhaustif avaient été normaux. Pierre travaille en informatique. Il est marié depuis 15 ans, sans enfant. Sa conjointe est en bonne santé. Un manque persistant d'énergie est le seul malaise évoqué aussi bien au travail qu'à la maison. Il a arrêté son programme de jogging et doit se coucher plus tôt. Sa femme se demande s'il commence une andropause précoce. Il consomme de l'alcool de façon modérée les fins de semaine. Il ne prend aucun médicament sauf des antihistaminiques pendant la saison du rhume des foins.

L'examen est normal. Vous demandez un bilan incluant un glucose à jeun, une formule sanguine complète avec sédimentation, le taux de TSH et de testostérone, les taux d'AST et d'ALT, une créatinine et une analyse d'urine. Résultats : seuls les enzymes hépatiques sont anormaux à un taux à peu près 1,5 fois la limite supérieure de la normale.

#### **L'anamnèse sur les facteurs de risque**

Ultérieurement, Pierre confirme qu'il a eu des rapports sexuels non protégés avec quelques femmes avant de connaître son épouse il y a 18 ans mais jamais depuis. Vous posez à Pierre la question : « Vous êtes-vous jamais injecté des drogues, ne serait-ce qu'une seule fois ? » À cette question directe, Pierre se rappelle qu'il s'est injecté de la cocaïne, une fois, il y a à peu près

*suite à la page 4*

**A** Une question vient à votre esprit : est-ce qu'elle a pu ou pourrait mettre d'autres personnes à risque de contracter cette infection? Vous lui demandez ce qu'elle fait comme travail. Elle travaille dans un casse-croûte depuis 4 jours!!

Une autre question surgit : quel est le numéro de téléphone de la direction de santé publique (DSP)? Vous avez un bon réflexe; le laboratoire fait parvenir le résultat à la DSP parce qu'il s'agit d'une maladie à déclaration obligatoire (MADO) mais un délai possible de plusieurs jours retarderait l'intervention préventive d'autant et pourrait même faire en sorte que l'intervention ne soit plus possible. Signaler directement à la DSP par téléphone ou par télécopie est une façon plus adéquate dans un contexte d'hépatite A.

Il s'agit d'une urgence de santé publique. Les professionnels de santé publique prennent la relève, font une enquête, recueillent les informations concernant la source ainsi que les personnes pouvant être à risque de contracter l'infection (les contacts). Ils voient à informer les contacts et, si possible, à les protéger. Ils voient aussi à

confirmer ou infirmer l'hépatite A chez Marc, si il n'est pas votre patient, et à faire le nécessaire, le cas échéant.

#### Enquête de santé publique

Le voyage semble bien être la source de l'infection. Aucun autre facteur de risque n'est mis en évidence.

#### Recherche des contacts

À leur retour, Caroline et Marc ont été invités à un souper chez des amis. Ils n'ont pas préparé ni manipulé d'aliments et aucune exposition significative ne résulte de cet événement.

Il y a cinq jours, les parents de Caroline sont venus de la Gaspésie pour leur rendre visite. Ils ont demeuré avec eux jusqu'à hier. Caroline et Marc ont même réussi à préparer un souper pour leurs invités.

Au casse-croûte, Caroline prépare des sandwiches et des salades pour les clients, plutôt réguliers, provenant des alentours.

#### Intervention de santé publique

Caroline est contagieuse depuis 2 semaines et le sera pour une autre semaine. Comme elle est manipulatrice d'aliments, elle est retirée du travail pour la semaine.

Une prophylaxie post exposition est indiquée pour les parents de Caroline, pour ses collègues de travail et pour les clients réguliers du casse-croûte. Pour les expositions significatives datant de 7 jours ou moins, le vaccin contre l'hépatite A seul est indiqué pour protéger les contacts. Par contre, si les expositions significatives avaient daté de plus de 7 jours depuis la première exposition et de 14 jours et moins depuis la dernière, les immunoglobulines et la vaccination auraient été indiquées.

Le résultat des IgM anti-VHA pour Marc revient aussi positif. Il aurait aussi été infecté au Mexique. La santé publique va aussi le contacter et si nécessaire faire une intervention auprès de ses contacts.

#### Vigilance

Depuis quelques années, on note une diminution considérable des cas d'hépatites A attribuables aux pratiques sexuelles à risque; les programmes de vaccination gratuite implantés depuis 1999 ont sans doute contribué à la diminution de l'incidence comme en témoigne la baisse des cas chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HARSAH) et les utilisateurs de drogues injectables (UDI). Il y a eu diminution aussi des cas associés à la contamination d'origine hydrique et alimentaire. Par ailleurs, les cas où le virus a été acquis à l'extérieur du pays surviennent toujours. Il faut prêter une attention particulière aux voyageurs et leur conseiller de consulter une clinique santé-voyage avant leur départ. Une vaccination contre l'hépatite A peut être indiquée selon la destination.

### Gratuité du vaccin contre le VHA et les VHA/VHB en pré exposition

#### Gratuité du vaccin contre le VHA

- Porteur chronique du VHB
- Collectivité ayant éclosions récurrentes
- Contact réceptif d'un cas de VHA

#### Gratuité du vaccin contre les VHA/VHB

- Porteur chronique du VHC
- Personne atteinte de cirrhose
- HARSAH
- Utilisateur de drogues

### L'alphabet de

| Hépatites | Agent     | Test diagnostique   | Transmission  | Principaux facteurs de risque  |
|-----------|-----------|---|---|--|
| <b>A</b>  | VHA (ARN) | IgM anti-VHA signe l'infection aiguë  | Fécale-orale<br><br>Sexuelle  | Voyage dans pays en développement<br>Homosexualité masculine (HARSAH)<br>Eau et aliments contaminés<br>Usage de drogue, Garderies (milieu)   |
| <b>B</b>  | VHB (ADN) | HBsAg : signe la présence du virus<br>Anti-HBs : indiquent l'immunité acquise suite à la maladie ou l'immunité acquise suite à la vaccination<br>HBeAg : indique un niveau élevé de réplication virale, donc une grande contagiosité<br>Anti-HBe : indiquent une moins grande contagiosité que si présence de HBeAg<br>IgM anti-HBe : signe, en général, une hépatite B aiguë | Per cutanée (sang, liquides séreux)<br><br>Sexuelle<br><br>Transmission verticale mère/nouveau-né   | Usage de drogue<br>Homosexualité masculine (HARSAH)<br>Multiples partenaires sexuels<br>Nouveau-né de mère porteuse<br>Contact sexuel<br>Contact percutané (percing, tatouage, acupuncture)<br>Vivre avec une personne infectée  |
| <b>C</b>  | VHC (ARN) | Anti-VHC : ne distingue pas infection aiguë, chronique ou résolue (faux négatif possible en état d'immunodéficience)<br><br>ARN du VHC (PCR) : indique infection actuelle (virémie peut fluctuer; contrôle ARN suggéré si négative en présence de anti-VHC+)  | Exposition percutanée à du sang infecté<br><br>Transmission verticale mère/nouveau-né<br><br>Transmission sexuelle rare (si présence de sang) | Usage de drogue par injection ou par voie nasale<br>Réception de sang, de tissus ou d'organes avant 1990 ou de fact<br>Personnes nées ou ayant reçu des soins de santé dans des pays s<br>Hémodialyse<br>Exposition percutanée au sang infecté (4 à 10% suite à une bles<br>Tatouage, perçage, acupuncture, électrolyse non stériles<br>Partage d'instruments tranchants ou d'hygiène personnel avec<br>Contact sexuel avec une personne infectée (faible risque)<br>Nouveau-né de mère infectée (5 à 10%) Le risque augmente si<br>Milieux de risque : prisons, centres d'accueil, foyers de groupe |

**B** Pour ce faire vous devez :

- Identifier les contacts : personnes qui vivent sous le même toit et partenaires sexuels. Le risque d'acquisition est estimé être deux fois plus élevé pour les personnes habitant sous le même toit qu'une personne atteinte d'hépatite B; beaucoup plus élevé pour un partenaire sexuel régulier. Vous vous préoccupez donc de son mari et de son fils et désirez les protéger contre l'hépatite B. Son mari n'a jamais été vacciné et Mina ne sait pas si son fils a été protégé à sa naissance. Cependant, il a été vacciné l'an passé à l'école, en 4<sup>e</sup> année. De plus, une nièce, Isabelle, 8 ans, vit pour les prochains mois avec eux.

- Leur prescrire une sérologie pré vaccinale (HBsAg et anti-HBs).

#### Résultats des tests :

Mari de Mina : HBsAg + / anti-HBs-

Garçon de 11 ans : HBsAg + / anti-HBs-

Nièce : HBsAg - / anti-HBs -

- Vacciner gratuitement les contacts qui ont un HBsAg- et un anti-HBs- ou les référer à leur CLSC. En effet, le MSSS autorise la vaccination gratuite des contacts étroits des personnes infectées par le VHB.

Vous référez donc rapidement Isabelle pour qu'elle soit vaccinée gratuitement au CLSC (ou vous la vaccinez avec des vaccins fournis gratuitement via votre Direction de santé publique).

Trois doses de vaccin seront administrées, selon le calendrier recommandé par le Protocole d'immunisation du Québec ( aux temps 0, 1 et 6 mois). Compte tenu qu'elle est exposée de façon

régulière et continue au VHB (contact sous le même toit), vous prescrivez un dosage d'anti-HBs, entre 1 et 6 mois après la fin de la vaccination, afin de vérifier sa réponse au vaccin. Le mari de Mina est infecté. Il est cependant asymptomatique et sans signe clinique. Le fils de Mina est lui aussi infecté par le virus, probablement acquis en période périnatale. Les trois doses de vaccins reçus en 4<sup>e</sup> année n'ont donc eu aucune efficacité chez lui. Ses parents le croyaient protégés sans qu'il ne le soit.

Un bilan plus approfondi pour Mina et son mari révèlent : Mina : HBeAg -; anti-HBe +; enzymes hépatiques normaux; Son mari : HBeAg +; anti-HBe -; enzymes hépatiques élevés; Son fils de 11 ans: HBeAg -; anti-HBe +; enzymes hépatiques normaux.

Mina est probablement infectée par le VHB depuis très longtemps. En effet, son pays d'origine, le Liban est un pays à haute endémicité. Compte tenu que Mina ne présente aucun symptôme et que ses enzymes hépatiques sont normaux, elle est considérée comme « porteuse inactive » du virus (ce terme remplace maintenant les termes de porteur sain et porteur asymptomatique). Le pronostic des porteurs inactifs (sans cirrhose) est habituellement bon, mais de 20 à 30% peuvent avoir une réactivation et développer progressivement une hépatite chronique.

Le mari de Mina est en phase immunoactive de l'infection par le VHB (HBeAg+). Il y a une activité inflammatoire hépatique. Il est difficile de savoir s'il a été infecté récemment ou depuis plus longtemps. Des IgM anti-HBc pourraient actuellement le déterminer mais ne sont pas

utiles compte tenu que votre attitude actuelle serait la même pour le traitement préventif administré aux membres de la famille. Pour mieux connaître son statut à long terme, un HBsAg repris dans 6 mois pourra être fait.

Selon votre désir, vous pouvez référer Mina, son mari et son fils à un spécialiste pour consultation et/ou suivi à long terme.

#### Nouveau-né à venir de Mina

Tel que vous l'avez fait, le dépistage systématique de l'infection par le VHB chez les femmes enceintes (à chaque grossesse, même si le statut de porteur chronique d'une femme vous est connu) est essentiel pour détecter les femmes infectées par le VHB et administrer à leur nouveau-né l'immunoprophylaxie recommandée : immunoglobulines contre l'hépatite B (HBIG) et première dose du vaccin à 0,5 ml le plus tôt possible, dans les 12 heures suivant la naissance. Cette mesure est très efficace : elle prévient l'infection chez 95% des bébés nés de mères infectées par le virus de l'hépatite B. **Il sera donc primordial que le statut de Mina, mère porteuse du VHB, soit connu au moment de l'accouchement.** Plus l'infection par le virus de l'hépatite B est contractée en bas âge, plus les risques de chronicité et de complications augmentent. On estime qu'environ 90% des nouveau-nés ayant contracté l'infection par voie périnatale demeureront porteurs du virus et auront un risque important de développer une hépatite B chronique et une cirrhose des décennies plus tard. La proportion de chronicité est plus basse (moins de 5%) pour les adultes infectés de même que le taux de complications.

## Les hépatites virales

|   | Période d'incubation                           | Période de contagiosité   | Chronicité  | Fulminante   | Vaccin pré exposition | Prophylaxie postexposition |
|---|--|---|---|--|-----------------------|----------------------------|
|   | 2 à 7 semaines                                 | 2 semaines avant ad 1 semaine après début ictère  | Jamais  | 0,1 %  | Oui                   | Oui                        |
|   | 6 semaines à 6 mois                            | Dès que le virus est présent dans le sang (durant incubation) jusqu'à son élimination                           | 5% chez adultes<br>90% chez nourrissons   | 0,1 à 0,5%   | Oui                   | Oui                        |
| <p>eurs de coagulation avant 1992 à prévalence élevée</p> <p>ssure avec aiguille contaminée)</p> <p>ne personne infectée</p> <p>mère est VIH+.</p> <p>, hôpitaux psychiatriques</p> | 2 semaines à 6 mois (de 6 à 9 sem. en moyenne) | <p>D'une semaine ou plus avant le début des symptômes</p> <p>À vie parmi ceux ayant une infection chronique</p> | <p>75 à 85% acquièrent une infection chronique</p> <p>3 à 20% des chroniques font une cirrhose</p> <p>1 à 4% des cirrhoses font un cancer du foie</p> | <p>Très rare</p> <p>Plus que 90% asymptomatiques ou peu symptomatiques</p> | Non disponible        | Non                        |

**C** 20 ans lors d'une soirée. La seringue avait été passée à la ronde. Il dit avoir presque oublié cet évènement qui ne s'est jamais répété.

Vous lui expliquez les risques quand même liés à cette unique exposition et les tests que vous allez demander, soit un dosage d'anti-VHC, d'HBsAg, d'anti-VHA total et d'anti-VIH ainsi que les tests de fonction hépatique.

### Le suivi

L'anti-VHC s'avère positif ainsi que le test de confirmation effectué au LSPQ. Tous les autres tests sérologiques sont négatifs et le bilan hépatique est normal sauf par les enzymes. Le médecin de famille face à une personne anti-VHC positif peut demander une mesure qualitative de l'ARN viral (PCR) pour confirmer l'infection chronique et le test de génotype pour connaître de façon générale le pronostic de traitement — qui est associé au génotype — avant de diriger son patient vers un spécialiste.

Pierre est bouleversé. Vous l'assurez que le risque pour ses proches est très faible. Un test anti-VHC est indiqué pour sa femme mais le risque de transmission sexuelle est très faible même chez les partenaires de long terme. Vous vérifiez que Pierre n'a jamais reçu de transfusion ou de greffe et n'a jamais fait de don de sang ou de sperme ou d'un autre tissu. Pour les hépatites, la partie du formulaire sur les dons et réceptions de sang ou d'organes doit être remplie, même si toutes les réponses sont négatives.

### La prise en charge par le médecin de famille

Le dépistage pour la présence ou l'immunité contre d'autres infections (VHB, VHA, VIH) est aussi important pour le counselling sur le pronostic et pour évaluer la pertinence de la vaccination contre les hépatites A et B. Il est important de communiquer au patient les informations sur l'évolution d'une VHC chronique, le traitement et les mesures à prendre pour éviter d'aggraver l'atteinte hépatique et pour réduire les risques de transmission.

### L'hépatite C au Canada et au Québec

L'importance de l'infection du VHC a été sous-estimée non seulement parce qu'il n'existait pas de test de détection spécifique avant 1989 mais

aussi à cause du long délai entre l'infection et les manifestations de chronicité. Au Québec, l'hépatite C est devenue une maladie à déclaration obligatoire à la fois par les laboratoires et le médecin en avril 2002.

L'utilisation de drogues par injection est la cause d'infection au VHC chez la majorité (56%) des cas prévalents. Mais pour la plupart (64%), ces personnes ne s'injectent plus de drogues.

Au Québec, on peut estimer qu'il y a actuellement environ 38,000 cas dont environ 40% ne sont pas diagnostiqués.

### Facteurs de risque

#### Questionner sur l'utilisation des drogues injectables

Certes, une élévation inexplicée des enzymes hépatiques est déjà une indication de dépistage pour le VHC. Mais l'utilisation de drogues injectables l'est également. Aussi, la question sur cette pratique devrait être beaucoup plus systématiquement abordée avec les patients. L'usage des drogues par injection est le facteur de risque prédominant surtout pour les infections récentes mais aussi pour l'ensemble des cas prévalents.

#### Transfusions

À cause des programmes de sensibilisation auprès des personnes qui ont été transfusées avant 1992 (et surtout avant 1990, l'année où les dons de sang ont été testés avec la première génération de test anti-VHC) et du fait que la plupart des personnes transfusées sont âgées et malades avec une plus faible espérance de vie, le nombre de cas transfusés encore non identifiés qui vont développer les séquelles d'une infection chronique est limité.

#### Relations sexuelles

La transmission par voie sexuelle est rare mais plus probable en présence de sang. Avec un ou une partenaire stable de longue date, on ne recommande pas l'utilisation du condom au cours de relations sexuelles sauf durant les menstruations ou encore lorsque l'un des partenaires a des plaies aux organes génitaux.

#### Autres risques percutanés

La transmission par partage d'instruments tranchants ou d'hygiène personnelle (ex. rasoirs,

coupe-ongles, ciseaux) est possible et explique probablement un pourcentage des cas pour lesquels aucun facteur de risque n'a été identifié. Par ailleurs, il existe un risque possible de transmission lors de tatouage, percing, acupuncture et électrolyse faits sans assurance de stérilité.

### Pays d'origine

Concernant les personnes nées à l'extérieur du Canada, les médecins devraient savoir que dans plusieurs pays le manque d'application systématique des précautions universelles ainsi que des pratiques d'injection non sécuritaires dans les milieux de soin font que les taux d'infection sont beaucoup plus élevés qu'au Canada. On estime que parmi les 49 000 cas de VHC chez des personnes vivant au Canada mais nées ailleurs, 55% ne sont pas liés à l'utilisation de drogues injectables ou à la transfusion. Il est fort probable que le VHC est sous dépisté chez nos populations immigrantes au Québec.

### Prévalence du VHC par catégorie d'exposition, Canada, 2002

| Catégorie    | Nombre         | Proportion    |
|--------------|----------------|---------------|
| UDI          | 49 900         | 20,2%         |
| Ex-UDI       | 89 400         | 36,2%         |
| Transfusion  | 32 900         | 13,3%         |
| Hémophilie   | 1 200          | 0,5%          |
| Autre        | 73 800         | 29,9%         |
| <b>Total</b> | <b>247 200</b> | <b>100,0%</b> |

Source : Remis, 2004 (non publié)

## Prévention en pratique médicale

Un bulletin de la Direction de santé publique de Montréal publié avec la collaboration de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal dans le cadre du programme Prévention en pratique médicale, Volet Information coordonné par le docteur Jean Cloutier.

Ce numéro est une réalisation du secteur Vigie et protection.

Responsable du secteur : Dr John Carsley

Rédacteur en chef : Dr John Carsley

Édition : Blaise Lefebvre

Infographie : Julie Milette

Auteurs : Dr Doris Deshaies, Dr Klaus Jochem, Dr Michèle Tremblay

1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3  
Téléphone : (514) 528-2400, télécopieur : (514) 528-2452  
<http://www.santepub-mtl.qc.ca>  
courriel: [jcloutie@santepub-mtl.qc.ca](mailto:jcloutie@santepub-mtl.qc.ca)

ISSN (version imprimée) : 1481-3734

ISSN (version en ligne) : 1712-2937

#### Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Bibliothèque nationale du Canada, 2005

Numéro de convention : 40005583

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Québec  
Montréal



ASSOCIATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DE MONTRÉAL



### Principaux éléments d'information pour la personne atteinte de l'hépatite C

- De 15 à 25 % des infections aiguës au VHC guérissent spontanément (75 à 85 % des cas ont une infection chronique).
- De 3 à 20 % des personnes souffrant de l'infection chronique développent une cirrhose dans un intervalle de 20 ans.
- Parmi les personnes atteintes d'une cirrhose, de 1 à 4 % développent un cancer du foie.
- Les risques de transmission sexuelle sont minimes même entre partenaires à long terme.
- Les risques de transmission verticale (mère/nouveau-né) varient de 5 à 10 %.
- Il y a de 4 à 10 % de risque de transmission lors d'une blessure avec aiguille d'une source VHC+.
- Les mères VHC positives peuvent allaiter à moins que leurs mamelons soient fendillés ou saignent.