

SOINS PRIMAIRES DE L'HÉPATITE B — AIDE-MÉMOIRE

PROTÉGER LES CANADIENS CONTRE LES MALADIES



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

**PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS,
À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.**

— Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:
Primary Care Management of Hepatitis B—Quick Reference

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, s'il vous plaît contacter l'Agence de la santé publique du Canada :
ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2013

Date de publication : mars 2013

IMPRIMÉ Cat. : HP40-82/2013F
ISBN : 978-0-660-20579-3

PDF Cat. : HP40-82/2013F-PDF
ISBN : 978-0-660-20580-9

Pub. : 120201

SOINS PRIMAIRES DE L'HÉPATITE B — AIDE-MÉMOIRE

TABLE DES MATIÈRES

LISTE D'ABRÉVIATIONS	IV
AUTEURS	V
COLLABORATEURS	VI
INTRODUCTION	1
Faits importants	1
Épidémiologie des infections aiguës et chroniques du VHB au Canada	1
MODULE 1 : QUI DEVRAIT ÊTRE SOUMIS À UN TEST DU VHB?	3
D'où provient votre patient?	4
MODULE 2 : APPROCHE POUR LE DÉPISTAGE ET LA DÉTECTION DU VHB	5
Aperçu des marqueurs sérologiques du VHB	5
Signification des marqueurs sérologiques du VHB	5
Approche à suivre pour choisir les tests	6
MODULE 3 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DES TESTS DIAGNOSTIQUES DU VHB	7
MODULE 4 : PRISE EN CHARGE INITIALE DES PATIENTS AYANT UN RÉSULTAT HBsAg-POSITIF	8
MODULE 5 : ÉVOLUTION NATURELLE ET PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION AIGÛE PAR LE VHB.	9
Incubation	9
Signes et symptômes	9
Temps de résolution et évolution clinique de l'infection	9
Infection aiguë du VHB accompagnée de symptômes graves	10
MODULE 6 : ÉVALUATION INITIALE DU VHB CHRONIQUE CONFIRMÉ	11
MODULE 7 : ÉVOLUTION NATURELLE DU VHB CHRONIQUE	12
Phase d'immunotolérance	12
Phase immunoactive du VHB chronique — HBeAg-positif	12
Phase immunoactive du VHB chronique — HBeAg-négatif (anticorps anti-HBe-positif)	12
Phase inactive de l'HBsAg	12
Élimination de l'HBsAg	13
MODULE 8 : PRISE EN CHARGE À LONG TERME DU VHB CHRONIQUE CONFIRMÉ.	14
MODULE 9 : TRAITEMENT DU VHB CHRONIQUE ET SURVEILLANCE DES PATIENTS EN COURS DE TRAITEMENT.	16
MODULE 10 : CHECK-LIST POUR LA PRÉVENTION ET LA VACCINATION.	17
MODULE 11 : ÉDUCATION ET COUNSELING DES PATIENTS.	19
RÉFÉRENCES	21

LISTE D'ABRÉVIATIONS

AFP	Alpha fœtoprotéine
ALT	Alanine aminotransférase
Anticorps anti-HBc	Anticorps dirigé contre l'antigène de la nucléocapside du virus de l'hépatite B
Anticorps anti-HBe	Anticorps dirigé contre l'antigène-e du virus de l'hépatite B
Anticorps anti-HBs	Anticorps dirigé contre l'antigène de surface du virus de l'hépatite B
AST	Aspartate aminotransférase
CHC	Carcinome hépatocellulaire
CMV	Cytomégalovirus
FS	Fournisseur de soins
FSC	Formule sanguine complète
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
HBeAg	Antigène-e du virus de l'hépatite B
HBIG	Immunoglobulines contre l'hépatite B
HBsAg	Antigène de surface du virus de l'hépatite B
IgG	Immunoglobuline G
IgM	Immunoglobuline M
INR (RIN)	Rapport normalisé international
ITS	Infection transmissible sexuellement
LSN (ULN)	Limite supérieure de la normale
PAL	Phosphatase alcaline
PCR	Test de polymérase en chaîne
PPE	Prophylaxie post-exposition
PT	Temps de protrombine
QSD	Quadrant supérieur droit
TDM	Tomodensitométrie
U/S	Ultrasons
VEB	Virus Epstein Barr
VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VHE	Virus de l'hépatite E
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHS	Virus herpès simplex

AUTEURS

ANTON ANDONOV, MD, PHD

Chef, Diagnostic moléculaire immunologique
Pathogènes transmissibles par le sang et hépatite
Agence de la santé publique du Canada
Laboratoire national de microbiologie;
Professeur adjoint
Département de la microbiologie médicale
Université de Manitoba

ROSALIND LING, MD

Omnipraticien
Intérêt particulier dans l'Hépatite
Toronto, ON

JEAN-GUY BARIL, MD

Médecin de famille, Clinique médicale
du Quartier latin et centre hospitalier
de l'Université de Montréal;
Professeur adjoint de clinique
Département de médecine familiale
Université de Montréal

ROBERT MYERS, MD, MSC, FRCPC

Hépatologue
Professeur adjoint, Liver Unit, University of Calgary
Directeur, Viral Hepatitis Clinic

CASSANDRA BRUBACHER, BSCN, IA, CIC

Infirmière de santé publique
Division de la lutte contre les maladies
transmissibles et les infections
Département de santé Middlesex-London

CARLA OSIOWY, MSC, PHD

Chercheur scientifique
Pathogènes transmissibles par le sang et hépatite
Agence de la santé publique du Canada
Laboratoire national de microbiologie;
Professeur adjoint
Départements de la médecine interne et la
microbiologie médicale, Section d'hépatologie
University of Manitoba

GILLIAN BUTLER, IA, BN

Infirmière spécialiste en maladies infectieuses
Gouvernement de Terre-Neuve et Labrador
Département de la santé et services
communautaires
Division de la santé publique

LISA MARIE PRITCHARD, BSC, MSC

Agente de soutien à la recherche
Agence de la santé publique du Canada
Centre de la lutte contre les maladies transmissibles
et les infections

MARGARET GALE-ROWE, MD, MPH, DABPM

Gestionnaire, Infections associées dans
la collectivité
Agence de la santé publique du Canada
Centre de la lutte contre les maladies transmissibles
et les infections

JENNIFER VERKOEYEN, RN, BSCN

Infirmière de santé publique
Programme de santé sexuelle et de réduction
des risques
Santé publique d'Ottawa

JENNY HEATHCOTE, MBBS, MD, FRCP

Professeure de médecine, University of Toronto;
Chef, Patient Based Clinical Research
Toronto Western Research Institute
Toronto Western Hospital

COLINA YIM, IA (CAT. SPÉC), MN

Infirmière praticienne
Toronto Western Hospital, Liver Center
University of Toronto

CATHY LATHAM-CARMANICO, IA, BSCN

Infirmière-conseil
Agence de la santé publique du Canada
Centre de la lutte contre les maladies transmissibles
et les infections et les infections

COLLABORATEURS

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS

Jane Njihia, MHSc

Josie Sirna, BSc, MSc

Maxim Trubnikov, MD, MSc, PhD

Hong-Xing Wu, MD, MSc, PhD

CENTRE DE L'IMMUNISATION ET DES MALADIES RESPIRATOIRES INFECTIEUSES

Marie-Pierre Gendron, MSc

Julie Laroche, BSc, PhD

INTRODUCTION*

FAITS IMPORTANTS

- Le VHB est une maladie évitable par la vaccination qui est extrêmement infectieuse — beaucoup plus que le VIH ou le VHC. Le virus du VHB est transmis par exposition périnatale, percutanée ou sexuelle au sang ou aux liquides organiques d'une personne infectée; les contacts familiaux d'une personne infectée sont aussi à risque.
- Dans la majorité des cas, les infections aiguës et chroniques par le VHB sont asymptomatiques ou se manifestent par des symptômes non spécifiques. Environ les deux tiers des personnes atteintes d'une infection chronique ne savent pas qu'elles sont infectées, et la plupart d'entre elles ne seront détectées que dans le cadre d'un dépistage proactif.
- Des personnes infectées à l'âge adulte, 5 % des infections deviendront chroniques; par contraste, environ 90 % des enfants infectés à la naissance développeront une infection chronique⁽¹⁾.
- Sans intervention, de 15 % à 40 % des cas d'infection chronique développeront la cirrhose, la maladie d'insuffisance hépatique terminale et/ou le carcinome hépatocellulaire (CHC).

Les infections au VHB sont à déclaration obligatoire dans l'ensemble des provinces et des territoires du Canada. Par conséquent, elles doivent être déclarées aux médecins hygiénistes ou aux médecins conseils en santé publique de votre région.

ÉPIDÉMIOLOGIE DES INFECTIONS AIGÜES ET CHRONIQUES DU VHB AU CANADA

Infection aiguë par le VHB : Le Canada est un pays de faible endémicité; cependant, certaines populations vulnérables sont touchées de façon disproportionnée. Elles comprennent notamment les peuples autochtones, les HARSAH, les jeunes de la rue et les personnes qui sont ou ont été incarcérées⁽²⁾. Le taux d'incidence est le plus élevé chez les personnes âgées de 30 à 39 ans. Les facteurs de risque les plus couramment observés sont les activités sexuelles à risque élevé et l'utilisation des drogues injectables.

Le Canada a établi des programmes de vaccination universelle contre le VHB depuis le milieu des années 1990. Toutes les provinces et tous les territoires ont développé des programmes pour les enfants de 9 à 13 ans, et un certain nombre d'entre eux ont aussi mis sur pied des programmes de vaccination des nouveau-nés⁽³⁾. En plus, un certain nombre de provinces et de territoires offrent la vaccination aux personnes à risque élevé, mais les critères d'admissibilité varient selon la province ou le territoire (voir le module 10). Malgré le succès de ces programmes, un grand nombre de personnes peuvent être à risque d'être infectées par le VHB.

L'immunisation joue un rôle dans la lutte contre la maladie en prévenant la transmission et en réduisant le nombre de personnes susceptibles à l'infection. Il est essentiel de cerner les personnes à risque qui bénéficieraient du vaccin contre le VHB.

* Cet Aide-Mémoire ne remplace pas les exigences provinciales ou territoriales en matière de réglementation, de politiques et de pratique, ni les lignes directrices professionnelles qui régissent et guident la pratique des fournisseurs de soins de santé dans leur province ou territoire respectif.

Infection chronique par le VHB : On estime que moins de 1 % des Canadiens sont atteints d'une infection chronique par le VHB; les enquêtes sérologiques ont établi la prévalence de l'infection chronique par le VHB entre 3 % et 4 % dans les régions du Nord ^(4,5). Malgré le nombre limité d'études à ce sujet, les données suggèrent que jusqu'à 70 % des Canadiens atteints d'une infection chronique sont des immigrants de pays où la maladie

est fortement endémique. Le dépistage chez les immigrants de ces pays permettra de déterminer les cas d'infection chronique qui pourront bénéficier d'un suivi et d'une prise en charge médicale (prévention secondaire); cela permettra aussi de vacciner les contacts susceptibles, particulièrement les nourrissons et les jeunes enfants, qui sont à risque de développer une infection chronique (prévention primaire).

Il y a un besoin urgent à dépister, diagnostiquer et traiter (le cas échéant) les cas d'infection chronique par le VHB pour réduire la morbidité et la mortalité qui y sont associées et pour prévenir la transmission.

MODULE 1 : QUI DEVRAIT ÊTRE SOUMIS À UN TEST DU VHB?

Dans les populations à faible risque, le dépistage des infections chroniques et la vérification de l'immunité ne sont pas systématiquement recommandés. Les tests visant à déterminer le statut immunologique et/ou à détecter les infections chroniques sont indiqués chez les personnes à risque d'exposition; les personnes susceptibles devraient être immunisées.

Les cliniciens devraient maintenir un degré de suspicion élevé à l'égard du VHB, car l'infection est souvent asymptomatique; 30 % des cas d'infection ne présentent aucun facteur de risque⁽⁶⁾.

La décision de procéder au dépistage et le choix des tests devraient être fondés sur un examen rigoureux des éléments suivants :

- Antécédents auto-déclarés d'immunisation contre le VHB et/ou documentation
- Résultats des tests antérieurs
- Présence de facteurs de risque pour une infection du VHB

Facteurs de risque d'infection par le VHB (présents ou passés) — dépistage de routine à la première visite^(3,6,7) :

- Naissance dans une région où l'infection est intermédiairement ou fortement endémique[†]
- Nourrisson d'une mère positive pour l'HBsAg[†]
- Exposition avant l'âge de 7 ans (p. ex., la famille immédiate et/ou élargie de l'enfant a immigré d'une région où l'infection est intermédiairement ou fortement endémique, et/ou l'enfant a visité une telle région)[†]
- Antécédents familiaux d'hépatite B ou d'hépatome[†]
- Exposition à une personne positive pour l'HBsAg (p. ex., exposition percutanée, contact sexuel ou familial)[‡]
- Activités sexuelles à risque élevé (p. ex., relations sexuelles non protégées, partenaires sexuels multiples)[‡]
- Consommation des substances psychoactives avec le partage de matériel (p. ex., utilisation de drogues par injection ou inhalation)[‡]
- Exposition à du sang ou à des produits sanguins dans les régions où l'infection est endémique, sans pratiques préventive de base/dépistage[†]
- Transfusion ou intervention médicale au Canada avant 1970[†]
- Utilisation ou partage de matériel contaminé (p. ex., instruments ou outils employés pour le tatouage, le perçage et d'autres modifications corporelles, de même que toute médecine alternative où la peau pourrait être transpercée)[†]
- Partage des appareils médicaux contaminés (p. ex., glucomètres)[‡]
- Exposition occupationnelle à du sang ou à des liquides organiques[‡]
- Voyage ou résidence dans une région où l'infection est intermédiairement ou fortement endémique[†]
- Incarcération[‡]
- Institutionnalisation (particulièrement dans les établissements pour déficients intellectuels)[‡]

QUI DÉPISTER

[†] Principaux facteurs de risque observés en rapport avec l'infection chronique par le VHB.

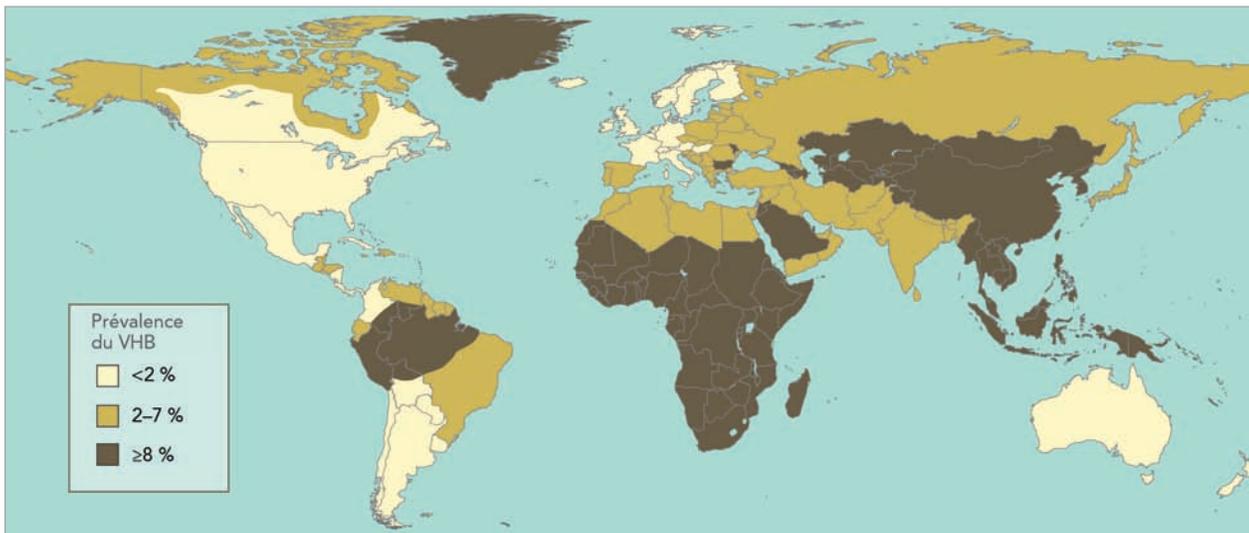
[‡] Principaux facteurs de risque observés en rapport avec l'infection aiguë par le VHB chez les personnes susceptibles; indications pour la vaccination; considérez le dépistage du VIH ou des ITS dans certains cas.

Considérations cliniques spéciales — dépistage systématique :

- Grossesse
- Infection par le VIH ou par le VHC
- Immunodéprimé
- Traitement immunosuppresseur ou immunomodulateur planifié (p. ex., rituximab — risque accru de poussée d'hépatite ou de réactivation du VHB)

La présence de tout facteur de risque est une indication pour le dépistage.

Les personnes nées dans une région où l'infection est intermédiairement ou fortement endémique présentent un risque particulièrement élevé d'infection au VHB chronique.

D'OU PROVIENT VOTRE PATIENT?

Reproduit avec la permission du NEJM 359:14 October 2008⁽⁶⁾

Le dépistage des populations à risque élevé d'infection chronique par le VHB est essentiel pour cerner les personnes pouvant bénéficier du suivi et du traitement.

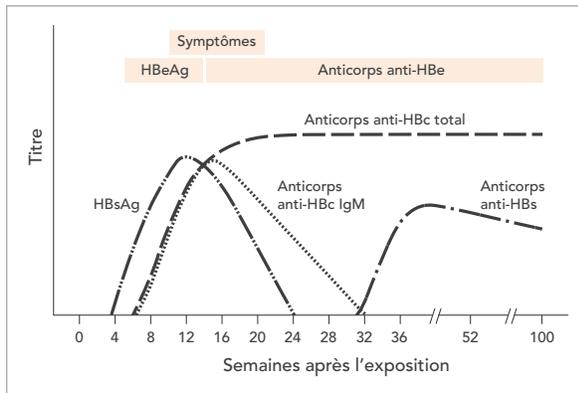
En l'absence de facteurs de risque, les cliniciens devraient tester toute personne présentant avec n'importe quelle des conditions suivantes :

- Trouvailles cliniques et résultats de laboratoire évocateurs d'une maladie chronique du foie :
 - » L'anomalie biochimique du foie est généralement la seule trouvaille
 - » L'hépatomégalie, la splénomégalie et l'ictère sont des manifestations **tardives**
 - » Thrombocytopénie
- Signes et symptômes d'hépatite aiguë :
 - » Inconfort abdominal au niveau du QSD, fatigue, fièvre, nausées, vomissements, malaise, anomalie biochimique du foie, ictère, urine foncée, éruption cutanée, arthralgie
- Diagnostic de CHC
- Diagnostic antérieur d'autre maladie du foie

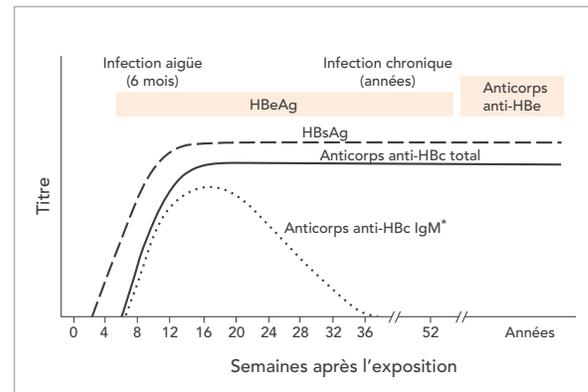
MODULE 2 : APPROCHE POUR LE DÉPISTAGE ET LA DÉTECTION DU VHB

APERÇU DES MARQUEURS SÉROLOGIQUES DU VHB

Infection aiguë par le VHB suivie d'une guérison⁽⁹⁾



Infection chronique par le VHB⁽¹⁰⁾



* Peut réapparaître durant les poussées d'activité

SIGNIFICATION DES MARQUEURS SÉROLOGIQUES DU VHB

HBsAg (antigène de surface du virus de l'hépatite B) indique l'infection. La persistance de l'HBsAg pendant 6 mois ou plus indique une infection chronique. Cependant, jusqu'à 50 % des cas d'infection chronique prolongée finissent par éliminer l'HBsAg. Par contraste, les personnes en voie de résolution d'une infection du VHB aiguë éliminent l'HBsAg plusieurs mois après l'infection initiale.

Anti-HBs (anticorps de surface) est un anticorps de protection produit au cours de la résolution de l'infection ou en réponse à l'immunisation. Au fil du temps, le titre d'anti-HBs peut diminuer à un point tel que les anticorps ne sont plus décelables.

REMARQUE : Il peut y avoir un intervalle de plusieurs semaines ou mois entre la disparition de l'HBsAg et l'apparition des anticorps anti-HBs; durant cette période, la détection des anticorps anti-HBc total constitue un marqueur d'une infection par le VHB.

Anti-HBc IgM (anticorps anti-HBc — IgM) apparaît tôt dans les cas d'infection aiguë par le VHB et persiste environ 6 mois. Comme il peut aussi être observé durant les poussées chez les cas d'infection chronique, une corrélation entre les signes cliniques et les données épidémiologiques est nécessaire pour l'interprétation.

Anti-HBc total (anticorps anti-HBc total — IgM et IgG) est un marqueur d'une exposition antérieure ou d'une infection existante. L'IgG persiste généralement pour la vie. Dans les populations où la prévalence est faible, la détection des anticorps anti-HBc isolés peut signifier un résultat faussement positif.

HBeAg (antigène-e) est un marqueur de la réplication virale; sa présence indique une infectivité très élevée. L'atteinte hépatique varie selon le stade de l'infection (voir le module 7 pour la signification).

Anti-HBe (anticorps-e) apparaît au cours de la résolution de l'infection aiguë. Dans les cas d'infection chronique, la présence des anticorps anti-HBe est généralement un marqueur de réduction de la réplication virale, indiquant un état moins infectieux. L'atteinte hépatique varie selon le stade de l'infection (voir le module 7 pour la signification).

APPROCHE À SUIVRE POUR CHOISIR LES TESTS

Le choix des tests devrait être fondé sur les antécédents et le tableau clinique du patient.

Dépistage visant à détecter l'infection ou à déterminer le statut immunologique[§] chez les patients asymptomatiques à risque d'infection aigüe ou chronique :

- HBsAg, anti-HBs
- anti-HBc IgM — dans les cas où une exposition récente est connue ou soupçonnée

Dépistage de base visant à évaluer la nécessité d'une PPE (p. ex., statut immunologique inconnu et exposition à risque élevé récente)** :

- HBsAg, anti-HBs

Dépistage auprès de patients présentant des conditions cliniques prédéfinies :

- Grossesse (en l'absence de facteurs de risque)
 - » HBsAg au moment de la première consultation prénatale ou en l'absence d'un résultat documenté au dossier, à l'accouchement
- Avant d'amorcer le traitement immunosuppresseur (p. ex., prednisone, azathioprine, chimiothérapie, infliximab, rituximab)
 - » HBsAg (plus anti-HBc si le patient recevra du rituximab)
- Infection connue par le VIH ou par le VHC^(3,11)
 - » HBsAg, anti-HBs, anti-HBc (total)
- Immunodéprimé
 - » HBsAg, anti-HBc (total)

Dépistage pré-vaccination auprès des populations à risque élevé[§] :

- HBsAg, anti-HBs

Dépistage post-vaccination[§] auprès des personnes ayant un exposition continu ou un risque d'exposition (p. ex., partenaire sexuel positif pour le VHB, utilisation de drogues injectables) :

- anti-HBs

Tests visant à confirmer le diagnostic chez les patients pour lesquels les trouvaillles cliniques ou les résultats de laboratoire se conforment à une hépatite aigüe :

- HBsAg, anti-VHC, anti-VHA IgM

Si les résultats sont négatifs, passer les tests suivants :

- » VHE, ARN du VHC
- » Considérez d'autres causes infectieuses (p. ex., CMV, VEB, VHS) et non infectieuses (p. ex., médicaments hépatotoxiques, hépatite auto-immune, maladie de Wilson, causes vasculaires, ou autres maladies préexistantes chroniques du foie)

[§] Veuillez consulter le *Guide canadien d'immunisation (GCI)* ou les lignes directrices de votre province/territoire pour en savoir davantage les recommandations sur le dépistage des marqueurs sérologiques du VHB pré- et post-vaccination.

** Veuillez consulter le *Guide canadien d'immunisation (GCI)* ou les lignes directrices de votre province/territoire pour connaître les recommandations concernant la prise en charge et le suivi, y compris la PPE.

MODULE 3 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DES TESTS DIAGNOSTIQUES DU VHB

MARQUEURS SÉROLOGIQUES DU VHB				Interprétation et mesure recommandée
HBsAg	anti-HBs	anti-HBc (total)	anti-HBc IgM	
Négatif	Négatif*	Négatif	s.o.	Susceptible Vacciner
Négatif	Positif*†	Négatif	s.o.	Immun dû à la vaccination Offrir le counseling tel que décrit dans le module 11.
Négatif	Positif‡	Positif	s.o.	Immun dû à une infection antérieure Offrir le counseling tel que décrit dans le module 11.
Positif	Négatif	Positif	Positif§	Infecté — infection aiguë Voir le module 4 et offrir le counseling tel que décrit dans le module 11.
Positif	Négatif‡	Positif	Négatif§	Infecté — infection chronique Voir le module 4 et offrir le counseling tel que décrit dans le module 11.
Négatif	Négatif	Positif	Négatif	Quatre interprétations possibles ⁽¹²⁾ . Voir ci-dessous et offrir le counseling tel que décrit dans le module 11.

* Environ 5 à 10 % des personnes ne répondront pas au vaccin ou ne produiront pas des niveaux protectrices d'anticorps post-vaccination (c. à d. ≥ 10 UI/ml).

† Au fil du temps, le taux d'anti-HBs peut diminuer à un point tel que les anticorps ne sont plus décelables.

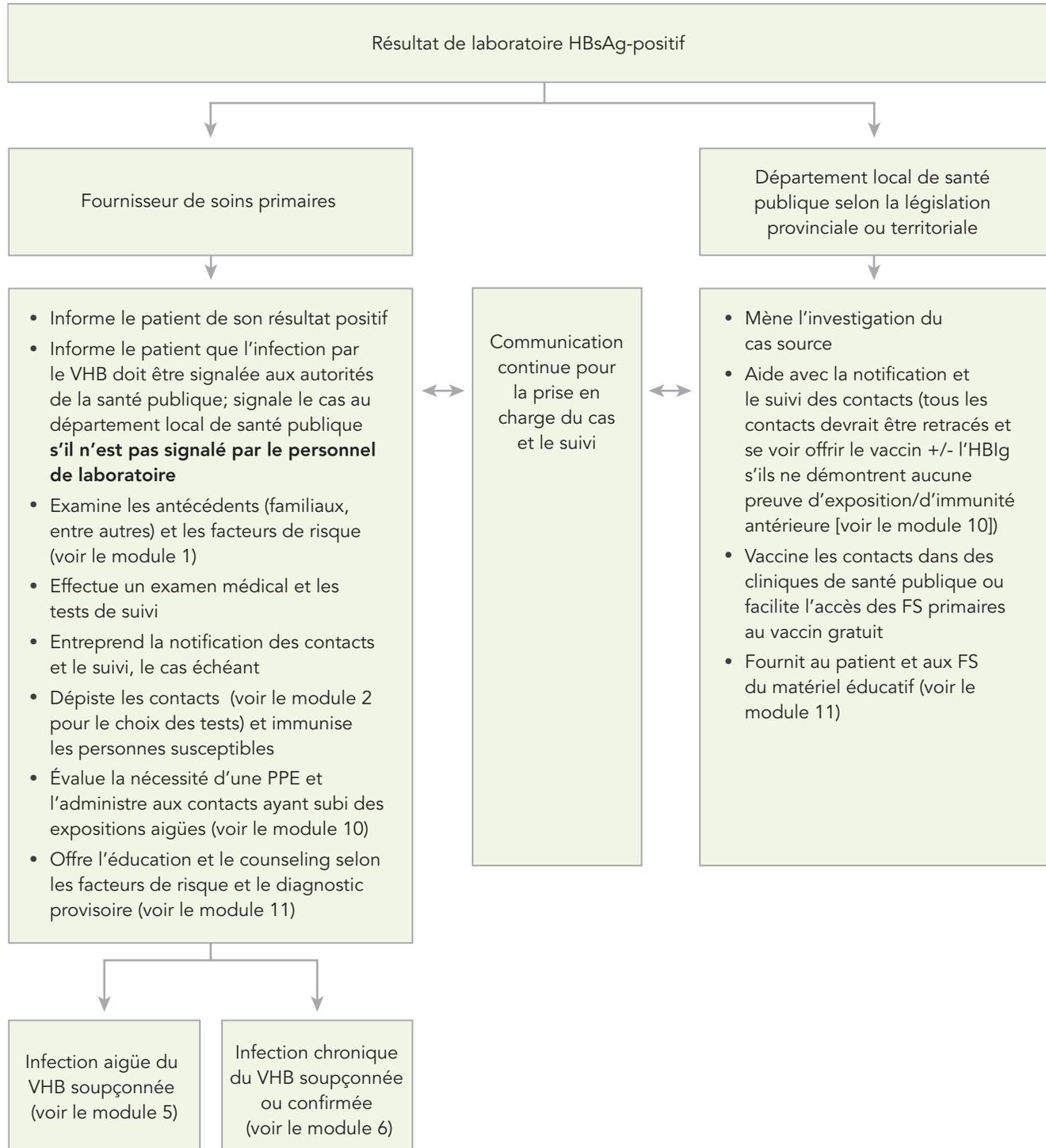
‡ Un faible pourcentage de personnes atteintes d'une infection chronique présenteront à la fois des marqueurs de l'HBsAg et de l'anti-HBs.

§ Comme les anticorps anti-HBc IgM peuvent être détectés dans les cas d'infection aiguë par le VHB, ce test peut s'avérer utile si une infection aiguë est soupçonnée. Ils peuvent réapparaître durant les poussées de l'infection chronique.

|| Rarement, un anticorps isolé d'anti-HBc total constituera le seul marqueur décelable. Bien que cette observation puisse être interprétée de quatre manières différentes, elle est plus courante chez les personnes immunodéprimées et celles qui sont co-infectées par le VIH ou le VHC.

- Dans les populations à faible prévalence, cette observation est **le plus souvent** un résultat faussement positif ou dû à une erreur de laboratoire. Répétez le test si une erreur de laboratoire est soupçonnée.
- Moins fréquemment, cette observation peut refléter
 - » La résolution d'une infection aiguë avant l'apparition des anticorps anti-HBs
 - » Une immunité naturelle où l'anti-HBs ne peut être décelé en raison du déclin du titre d'anticorps au fil du temps
- Rarement, cette observation peut indiquer une infection chronique où l'HBsAg ne peut être détecté.
 - » Demandez l'avis d'un spécialiste.

MODULE 4 : PRISE EN CHARGE INITIALE DES PATIENTS AYANT UN RÉSULTAT HBsAg-POSITIF



MODULE 5 : ÉVOLUTION NATURELLE ET PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION AIGÛE PAR LE VHB

INCUBATION

La période d'incubation varie de 45 à 180 jours (de 60 à 90 jours en moyenne)⁽¹⁾.

SIGNES ET SYMPTÔMES

Les symptômes sont rares chez les nourrissons et les enfants, mais ils sont présents chez 30 % à 50 % des adultes⁽¹⁾. Les symptômes, qui tendent à être insidieux, peuvent comprendre de la fatigue, du malaise, de la fièvre, des nausées, des vomissements, de l'anorexie, des éruptions cutanées, d'arthralgie, des urines foncées, et des inconforts abdominaux. La plupart des cas présentent une élévation de l'ALT et de l'AST; une faible proportion d'entre eux développe une hépatite virale ictérique aigüe.

Une poussée de l'infection chronique par le VHB peut se présenter comme une infection aigüe; elle devrait donc être incluse dans le diagnostic différentiel.

TEMPS DE RÉOLUTION ET ÉVOLUTION CLINIQUE DE L'INFECTION

La majorité (95 %) des adultes immunocompétents se rétablissent en 6 mois et acquièrent une immunité à vie; les autres restent infectés de façon chronique. Les adultes immunodéprimés présentent un risque particulièrement élevé d'infection chronique. Le risque de développer une infection chronique est aussi beaucoup plus élevé chez les personnes ayant contracté l'infection durant la petite enfance (de 70 % à 90 %) ou avant l'âge de 7 ans (de 10 % à 30 %)^(3,13,14).

Aucun traitement antiviral n'est nécessaire contre l'infection aigüe par le VHB. La prise en charge devrait se concentrer sur le soulagement des symptômes, sur la surveillance et la prévention des complications au niveau du foie et sur le counselling destiné à prévenir la transmission. La persistance de l'HBsAg pour 6 mois indique une infection chronique.

Tests de laboratoire de base visant à évaluer la fonction hépatique et à détecter d'autres infections :

- Bilirubine (totale et directe), albumine, INR (PT), créatinine
- ALT, AST, PAL
- FSC
- anti-HBc IgM (si ce n'est déjà fait)
- Dépistage des ITS, y compris le VIH et le VHC, le cas échéant
- Répétez l'HBsAg au moins 6 mois après le test initial, de manière à confirmer ou à écarter l'infection chronique. (REMARQUE : les patients symptomatiques peuvent présenter une séroconversion et se rétablir d'une infection aigüe en 3 mois.) Voir le module 6 pour d'autres recommandations sur les tests à administrer aux cas confirmés d'infection chronique par le VHB.

INFECTION AIGÛE DU VHB ACCOMPAGNÉE DE SYMPTÔMES GRAVES

Une infection aigüe du VHB évolue rarement vers une hépatite fulminante, mais elle peut entraîner la mort si elle le fait. Les personnes les plus à risque sont les patients atteints d'une maladie chronique du foie préexistante, peu importe sa cause. Les manifestations comprennent la fatigue, l'ictère, l'altération de l'état mental (encéphalopathie) et un gonflement abdominal (ascite).

Chez les patients atteints d'une infection chronique du VHB, les poussées soudaines de la maladie et les poussées découlant de l'arrêt d'un traitement immunosuppresseur peuvent entraîner une hépatite fulminante. Il est important de maintenir un degré de suspicion élevé et de porter une attention particulière aux signes d'insuffisance hépatique imminente (voir le tableau ci dessous).

Indications pour l'orientation urgente et immédiate vers un spécialiste :

- Aggravation des symptômes/signes d'insuffisance hépatique (p. ex., encéphalopathie)
- Tests de laboratoire indiquant une détérioration de la fonction hépatique ou une insuffisance hépatique
 - » Élévation du INR (RIN)
 - » Élévation ou augmentation de la bilirubine
 - » Diminution de la numération plaquettaire

MODULE 6 : ÉVALUATION INITIALE DU VHB CHRONIQUE CONFIRMÉ⁽²⁾

L'évaluation clinique de base comprend les éléments suivants :

- Prise des antécédents, particulièrement des facteurs de risque d'hépatite ainsi que des antécédents familiaux de maladie du foie (y compris le CHC)
- Examen physique visant à vérifier la présence de signes d'insuffisance hépatique (p. ex., ictère, ascite, encéphalopathie)

Évaluation de laboratoire initiale

- HBeAg/anti-HBe*, l'ADN du VHB quantitative (charge virale)*
- ALT[†], AST, PAL, bilirubine (totale et directe)
- FSC, albumine, INR (PT)[‡]
- Créatinine
- anti-VHA (IgG) (vaccinez le patient en cas de résultat négatif)
- Recherche d'anticorps anti-VIH, si ce n'est déjà fait
- Recherche d'anticorps anti-VHC, si ce n'est déjà fait

Imagerie

- Ultrasons abdominale

Tous les patients atteints d'une infection chronique par le VHB devraient finir par être dirigés vers un spécialiste.

Il existe certaines situations où l'orientation vers un spécialiste devrait être accélérée.

Indications pour l'orientation urgente vers un hépatologue :

- Signes d'insuffisance hépatique — aigüe ou chronique
- Femmes enceintes (ADN du VHB détecté pendant la grossesse)
- Résultats d'imagerie évocateurs d'un CHC

Indications pour l'orientation semi urgente :

- Co-infection par le VHC ou par le VIH (dirigez le patient vers un hépatologue, un spécialiste des maladies infectieuses ou un médecin de première ligne expérimenté dans les soins du VIH et de l'hépatite)
- Cirrhose soupçonnée[‡] (offrir le counseling tel que décrit dans le module 11)

* La présence ou l'absence de l'HBeAg, le taux d'ALT et la charge virale détermineront l'approche à long terme (p. ex., surveillance/consultation versus l'orientation vers un spécialiste — voir le module 8).

† La LSN (ULN) du taux d'ALT est < 30 U/l chez les hommes et < 20 U/l chez les femmes. **REMARQUE : une atteinte hépatique peut être présente même si le taux d'ALT est normal.**

‡ **REMARQUE IMPORTANTE :** La diminution de la numération plaquettaire (< 150 x 10⁹/l) est fortement suspecte de la présence d'une cirrhose, même si les analyses biochimiques du foie ne révèlent aucune anomalie.

MODULE 7 : ÉVOLUTION NATURELLE DU VHB CHRONIQUE^(15,16)

L'évolution naturelle de l'infection chronique par le VHB est complexe et non linéaire, et elle varie d'une personne à l'autre. Une bonne connaissance de l'évolution naturelle peut aider à orienter les décisions concernant le traitement et la surveillance.

PHASE D'IMMUNOTOLÉRANCE

La phase d'immunotolérance est principalement observée chez les personnes infectées à la naissance ou en petite enfance. Durant cette phase, le corps ne reconnaît pas le virus comme un organisme étranger. L'HBeAg est présent; les taux d'ADN du VHB sont élevés; les taux d'ALT sont normaux; et le degré de fibrose hépatique est minime ou nul. Les personnes immunotolérantes peuvent rester dans cette phase jusqu'à 40 ans ou plus avant d'évoluer vers la phase immunoactive.

PHASE IMMUNOACTIVE DU VHB CHRONIQUE — HBeAg-POSITIF

La phase immunoactive du VHB chronique — HBeAg-positif débute lorsque le système immunitaire de l'hôte reconnaît le virus comme un organisme étranger. Durant cette phase, les taux d'ALT sont élevés (quoique parfois de façon intermittente); l'ADN du VHB est présent à des taux élevés, mais inférieurs à ceux observés durant la phase d'immunotolérance; la biopsie révèle une inflammation du foie allant de légère à sévère, qui peut être accompagnée ou non de fibrose. **Cette phase peut être de longue durée et entraîner une atteinte hépatique grave.** Quatre-vingt-dix pourcent des cas auront une séroconversion à l'anticorps-e-positif au cours de 5 à 25 années, ce qui correspond généralement à une transition vers la phase inactive de l'HBsAg⁽¹⁵⁾. De ces cas, environ 4 % présentent un risque de séroréversion (c.-à-d. de devenir l'HBeAg-positif de nouveau) avec les poussées d'activité associées⁽¹⁴⁾.

PHASE IMMUNOACTIVE DU VHB CHRONIQUE — HBeAg-NÉGATIF (anticorps anti-HBe-POSITIF)

Même après la séroconversion à l'anticorps anti-HBe-positif, environ 20 % des personnes infectées restent dans la phase immunoactive en raison d'une forme mutante du virus. Leurs taux d'ADN du VHB sont élevés, mais inférieurs à ceux observés durant la phase immunoactive HBeAg-positif; les taux d'ALT sont élevés (quoique parfois de façon intermittente). Selon la réponse immunitaire de l'hôte durant cette phase, une atteinte hépatique peut se produire et accroître le risque d'évolution vers la cirrhose et le CHC.

PHASE INACTIVE DE L'HBsAg

La plupart des personnes entrent dans la phase inactive de l'HBsAg après la séroconversion à l'anti-HBe-positif. Cette phase est caractérisée par l'absence de l'HBeAg, des taux d'ALT normaux et de faibles taux d'ADN du VHB (souvent non décelables par PCR). **La plupart des personnes (70% à 80%) restent dans cette phase inactive pour la vie.**

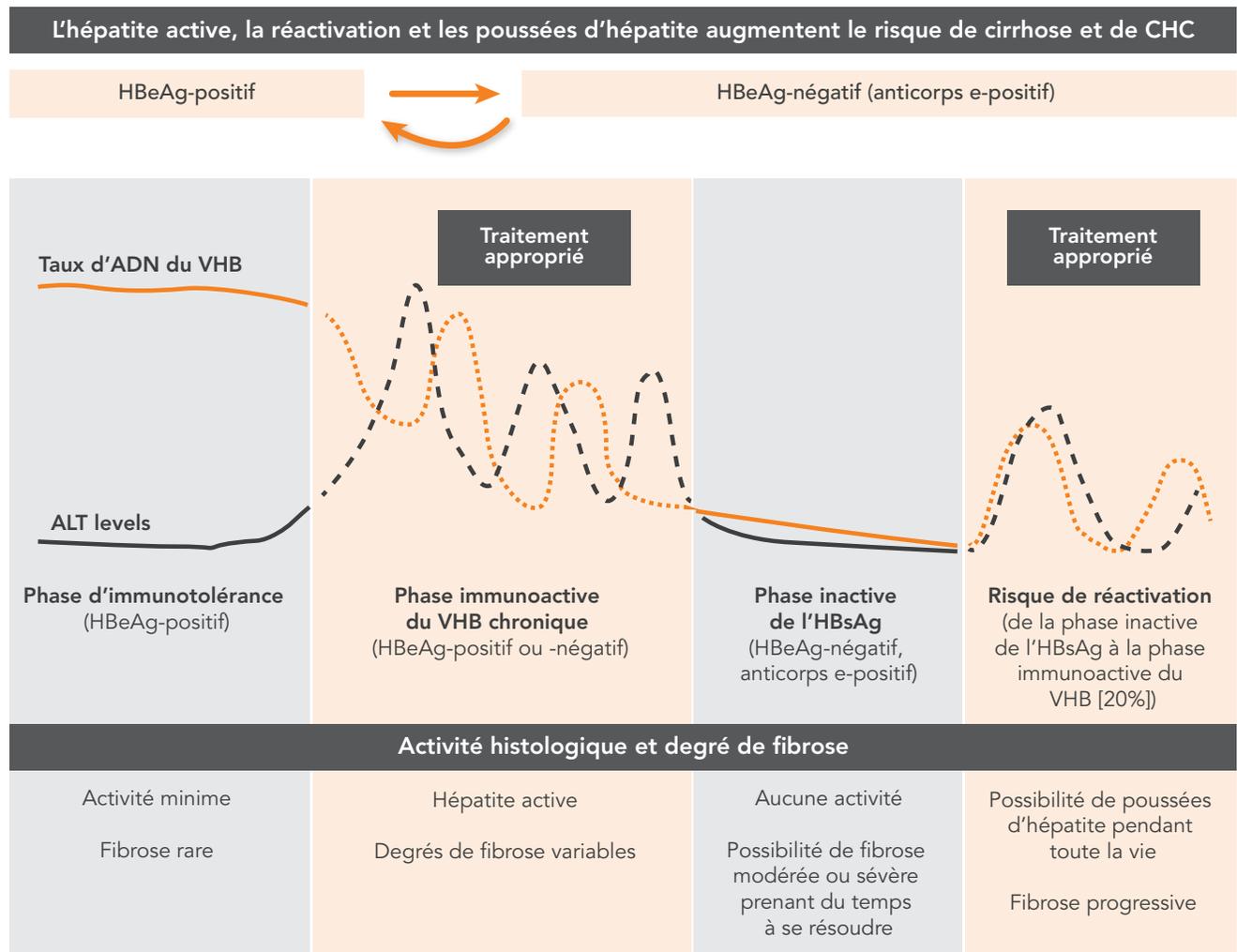
- Environ 20 % des personnes risquent de réactiver à HBeAg-négatif ou de retourner à la phase de immunoactive HBeAg-positif. Celles-ci peuvent avoir les poussées d'hépatite au long de la vie menant à la cirrhose ou au CHC. L'initiation ou l'abandon d'un traitement immunosuppresseur peut provoquer une réactivation.
- L'augmentation de l'ALT et de l'ADN du VHB est un signe de réactivation⁽¹⁷⁾.

ÉLIMINATION DE L'HBsAg

50 % des personnes ayant une infection dans la phase inactive finiront par éliminer l'HBsAg sur une période de plusieurs années; la plupart - mais non la totalité - de celles-ci développeront des anticorps anti-HBs. Les patients ayant développé une cirrhose avant l'élimination ou n'ayant pas développé d'anticorps anti-HBs durant cette phase présentent un risque accru de CHC.

- La réactivation (séroreversion à HBsAg-positif) est possible, mais rare. Il est important d'assurer une surveillance continue pour détecter les cas de réactivation parmi les patients qui restent anticorps anti-HBs-négatif, particulièrement ceux qui suivent un traitement immunosuppresseur (p. ex., rituximab)^(2,18).

Phases du VHB chronique



MODULE 8 : PRISE EN CHARGE À LONG TERME DU VHB CHRONIQUE CONFIRMÉ⁽¹⁵⁾

La prise en charge du VHB chronique vise à prévenir l'évolution vers la cirrhose, le CHC et la décompensation hépatique par les moyens suivants :

- Bilans sanguins réguliers, peu importe la phase de l'infection
- Détermination des patients qui ont besoin ou qui bénéficieraient d'un traitement antiviral (voir le tableau à la page 15)
- Surveillance pour l'hypertension portale et des signes d'évolution vers la cirrhose ou le CHC
- Détermination des patients qui auraient avantage à subir une biopsie du foie pour évaluer la gravité de la maladie (les ultrasons permettent de détecter la plupart — mais non la totalité — des cas de cirrhose)^{††}.

Les patients suivants ayant une infection chronique par le VHB devraient subir tous les 6 mois un test de dépistage du CHC par ultrasons abdominale pendant toute leur vie :

- Tout patient atteint de cirrhose
- Tout patient co-infecté par le VIH ou par le VHC
- Patients d'origine africaine âgés de 20 ans et plus
- Hommes âgés de 40 ans et plus⁽²⁾
- Femmes âgées de 50 ans et plus⁽²⁾
- Tout patient ayant des antécédents familiaux d'hépatome

Le dosage de l'alpha fœtoprotéine (AFP) n'est pas efficace pour détecter le CHC et il n'est pas recommandé à cette fin. Il peut être utilisé avec une échographie, accompagnée ou non d'une tomodensitométrie, comme test de suivi auprès des patients suivant un traitement contre le CHC.

^{††} Des mesures non invasives de la fibrose hépatique (p. ex., FibroScan) sont à l'étude et pourraient être offertes dans certaines provinces ou certains territoires.

SUIVI RECOMMANDÉ SELON LEUR PHASE D'INFECTION (ÉTABLIE D'APRÈS LES RÉSULTATS SÉROLOGIQUES ET HISTOLOGIQUES OBSERVÉS)

PHASE	HBeAg	ALT (voir module 6 pour la LSN [ULN])	TAUX D'ADN DU VHB		ACTIVITÉ HISTOLOGIQUE ET DEGRÉ DE FIBROSE	SUIVI RECOMMANDÉ
			IU/ML	log ₁₀ (IU/mL)		
Immuno-tolérance			≥ 200 000	≥ 5,3 Généralement > 7	Activité minimale et fibrose rare État quasi normal	Biopsie non indiquée. Mesurez le taux d'ALT tous les 6 mois. Si l'élévation de l'ALT persiste pendant 6 mois et qu'elle n'est pas associée d'une diminution de l'ADN du VHB, écarterez d'autres causes de maladie hépatique et dirigez le patient vers un spécialiste, car un traitement pourrait être nécessaire. Voir le module 6 pour les recommandations sur l'orientation urgente.
Immunoactive du VHB chronique — HBeAg-positif	Positif	Normal	≥ 20 000	≥ 4,3	Hépatite active avec degrés de fibrose variables	Le traitement pourrait être indiqué pour prévenir une atteinte hépatique grave. Une biopsie pourrait être indiquée. Mesurez le taux d'ALT tous les 6 mois. Si l'élévation de l'ALT persiste après 6 mois de suivi ou s'il existe des signes d'insuffisance hépatique, dirigez le patient vers un spécialiste ou consultez un spécialiste au sujet des options de traitement et des recommandations en matière de surveillance. Voir le module 6 pour les recommandations sur l'orientation urgente.
Immunoactive du VHB chronique — HBeAg-négatif (anticorps e-positif)	Négatif	Élevée, peut fluctuer entre normale et anormale et peut pousser de façon intermittente	De 2 000 à ≥ 20 000	Peut fluctuer entre 3,3 et ≥ 4,3	Hépatite active avec degrés de fibrose variables	Biopsie non indiquée. Mesurez le taux d'ALT tous les 6 mois. Si le taux d'ALT est > 1–2 fois supérieur à la LSN (ULN), mesurez l'ADN du VHB et écarterez les autres causes de maladie hépatique. Mesurez l'ADN du VHB tous les ans. En cas d'augmentation, dirigez le patient vers un spécialiste.
Inactive de l'HBeAg/ (anticorps e-positif)	Négatif	Normal	Généralement non décelable ≤ 2 000	≤ 3,3	Aucune activité, mais possibilité de fibrose modérée ou sévère pouvant se résoudre au fil du temps si la maladie reste inactive	Biopsie non indiquée. Mesurez le taux d'ALT tous les 6 mois. Vérifiez tous les 6 mois pour le développement d'anticorps anti-HBs; une fois que les anticorps sont anticorps décelés, répéter le test une autre fois. La surveillance tous les 6 mois pour le CHC est important chez les patients qui ne développent pas d'anticorps anti-HBs et chez ceux qui ont développé une cirrhose avant l'élimination de l'HBeAg.
Élimination de l'HBeAg	Négatif	Normal	Non décelable dans le sérum; de faibles concentrations peuvent être présentes dans le foie		Aucune activité, mais possibilité de fibrose et/ou de cirrhose déjà présente prenant du temps à se résoudre	Biopsie non indiquée. Mesurez le taux d'ALT tous les 6 mois. Vérifiez tous les 6 mois pour le développement d'anticorps anti-HBs; une fois que les anticorps sont anticorps décelés, répéter le test une autre fois. La surveillance tous les 6 mois pour le CHC est important chez les patients qui ne développent pas d'anticorps anti-HBs et chez ceux qui ont développé une cirrhose avant l'élimination de l'HBeAg.

MODULE 9 : TRAITEMENT DU VHB CHRONIQUE ET SURVEILLANCE DES PATIENTS EN COURS DE TRAITEMENT

Le traitement de l'infection chronique par le VHB vise à prévenir la progression de la maladie et d'induire la régression afin de réduire au minimum les atteintes hépatiques et leurs complications (p. ex., cirrhose, insuffisance hépatique, CHC).

Les traitements contre le VHB actuellement approuvés sont les injections d'interféron (interféron standard ou pégylé) ou l'administration orale d'analogues nucléosidiques ou nucléotidiques (entécavir, lamivudine, ténofovir). Comme les antiviraux oraux sont éliminés par les reins, un ajustement de la dose est requis dans les cas d'insuffisance rénale.

Les patients atteints d'une infection du VHB chronique n'ont pas tous besoin d'être traités. La décision de traiter ou non dépend de plusieurs facteurs, dont l'âge, les résultats des mesures en série de l'ALT et de l'ADN du VHB, le degré d'inflammation et la sévérité de la maladie hépatique. La présence d'une co-infection par le VIH ou par le VHC doit être prise en considération dans le choix des médicaments à utiliser.

Le traitement devrait être mis en route par un hépatologue **ou** par un autre médecin expérimenté dans la prise en charge de l'hépatite virale.

La durée du traitement dépend du type de traitement. L'interféron peut être utilisé jusqu'à 48 semaines; les antiviraux oraux peuvent être utilisés indéfiniment ou jusqu'à l'atteinte de l'objectif du traitement (p. ex., séroconversion de l'HBeAg à l'anti-HBe-positif OU disparition de l'HBsAg avec séroconversion à anti-HBs-positif). Remarque : Le traitement ne peut être interrompu chez les receveurs d'une greffe d'organe ou chez les personnes infectées qui ont besoin du traitement immunosuppresseur pour une autre affection.

Les patients traités pour une infection chronique par le VHB devraient faire l'objet d'analyses de laboratoire à tous les 3 à 6 mois visant à mesurer les taux d'ADN du VHB et la biochimie hépatique. Ce suivi est nécessaire pour évaluer la réponse au traitement et de permettre la détection précoce de toute résistance aux antiviraux.

Certains patients en cours de traitement doivent faire l'objet, en plus d'une surveillance étroite et continue, d'un suivi par un spécialiste. Ces patients comprennent :

- ceux qui ont reçu un traitement contre le VHB dans le passé
- ceux qui sont atteints de cirrhose, avec ou sans insuffisance hépatique
- ceux qui sont co-infectés par le VIH ou par le VHC
- ceux qui ont des antécédents d'insuffisance rénale (qu'elle soit induite par la thérapie antivirale ou non reliée à celle-ci)
- les femmes enceintes

Pour des détails approfondis sur la sélection des patients en vue d'un traitement et sur les options et schémas de traitement, veuillez consulter le document *Management of chronic hepatitis B: Canadian Association for the Study of the Liver consensus guidelines 2012* (seulement disponible en anglais)⁽²⁾. Ces lignes directrices contiennent de l'information utile sur le choix des schémas thérapeutiques ainsi que des recommandations concernant la surveillance en cours de traitement.

MODULE 10 : CHECK-LIST POUR LA PRÉVENTION ET LA VACCINATION

Le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada contient de l'information sur les critères d'éligibilité en fonction du risque applicables aux vaccins contre le VHB subventionnés par l'État^{‡‡} et aux programmes d'immunisation de routine des nourrissons et des enfants de chaque province et territoire du Canada^{§§}.

Veillez communiquer avec votre département local de santé publique pour en savoir plus sur l'accès aux vaccins contre le VHB subventionnés par l'État.

- ❑ **Faites une revue du dossier du patient** pour les antécédents d'immunisation contre le VHB et l'adhérence au calendrier de vaccination. Voir le *Guide canadien d'immunisation (GCI)*^{***} ou les lignes directrices de votre province ou territoire sur l'immunisation pour les recommandations liées aux posologies et calendriers.

REMARQUE : Si la cédule de vaccination recommandée contre le VHB est interrompue, il n'est pas nécessaire de repartir à zéro. La dose manquée devrait être administrée aussitôt que possible, et la cédule devrait être poursuivie conformément aux recommandations⁽¹⁹⁾.
- ❑ **Évaluez les facteurs de risque du patient** à l'égard du VHB en l'absence d'antécédents de vaccination. (Voir le module 1 pour les facteurs de risque et, si identifiés, dépistez tel que décrit dans le module 2). Offrez le vaccin aux personnes sans preuve sérologique d'immunité^{‡‡,§§}.
- ❑ **Discutez l'immunisation des nourrissons et des enfants de moins de 7 ans** présentant un risque élevé d'exposition (p. ex., contacts fréquents avec une personne infectée par le VHB et/ou voyage dans un pays endémique)^{‡‡,§§}.
- ❑ **Évaluez la réponse immunitaire post-vaccination** chez les personnes qui présentent un risque d'exposition à répétition ou pour celles présentant un risque accru d'issue défavorable en cas d'acquisition du VHB et qui antérieurement n'ont pas répondu au vaccin. Autrement, cette mesure n'est généralement pas recommandée. Voir le *GCI*^{***} ou les lignes directrices de votre province ou territoire sur l'immunisation pour connaître les personnes qui devraient passer un test et le suivi recommandé pour les non-répondeurs au vaccin.
- ❑ **Dépistez systématiquement toutes les femmes enceintes pour l'HBsAg.**

En cas d'un résultat négatif et à risque d'exposition, offrez le vaccin; le vaccin contre le VHB n'est pas contre-indiqué pendant la grossesse^{‡‡,§§}.

En cas d'un résultat positif, dirigez la patiente vers un spécialiste avant le troisième trimestre de la grossesse. Un taux d'ADN du VHB $\geq 10^6$ UI/ml constitue une indication pour l'initiation du traitement durant les trois derniers mois de la grossesse. Le traitement peut être discontinué tôt dans la période post-partum, dès que l'enfant a reçu l'HBIG et le vaccin contre le VHB.

‡‡ www.phac-aspc.gc.ca/im/ptimprog-progimpt/table-4-fra.php

§§ www.phac-aspc.gc.ca/im/ptimprog-progimpt/table-1-fra.php

*** www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-hepb-fra.php

❑ **Assurez le suivi des nourrissons exposés au VHB à la naissance.**

Tous les nourrissons nés de mères HBsAg-positif devraient recevoir l'HBIG et la première dose du vaccin contre le VHB dans les 12 heures suivant leur naissance, suivis de la deuxième et de la troisième dose du vaccin à 1 et à 6 mois, respectivement. Idéalement, ce scénario devrait être abordé durant les consultations prénatales.

Les tests sérologiques post-vaccination

devraient être effectués aussitôt que 9 mois, mais pas avant 1 mois après l'administration de la dernière dose du vaccin. Les tests ne devraient pas avoir lieu plus de 4 mois après l'administration de la dernière dose du vaccin⁽²⁰⁾.

❑ **Il faut rechercher l'HBsAg et l'anticorps anti-HBs pour évaluer le résultat éventuel.**

Les tests post-vaccination aident à cerner :

- » Les nourrissons susceptibles, qui devraient être revaccinés et passés les tests sérologiques de nouveau
- » Les nourrissons infectés, qui devraient être dirigés vers un spécialiste pour recevoir des soins médicaux à long terme.

❑ **Dépistez systématique pour de l'infection au VHB et l'immunité contre le VHB (HBsAg et anticorps anti-HBs) chez toutes les personnes** qui sont immunodéprimées ou immunosupprimées, qui sont infectées par le VIH ou par le VHC ou qui sont atteintes d'une maladie chronique du foie ou des reins. Soumettez également au dépistage les personnes qui vont subir un traitement par des immunosuppresseurs (y compris les inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale et le rituximab). (Voir le module 2)

STATUT IMMUNOLOGIQUE	MESURE RECOMMANDÉE
Susceptible	Vacciner
Susceptible et récemment exposé	Voir le GCI ^{***} ou les lignes directrices de votre province ou territoire pour connaître les recommandations concernant la PPE
HBsAg-positif	Diriger le patient vers un spécialiste
Immun	Aucune mesure n'est requise

*** www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-hepb-fra.php

MODULE 11 : ÉDUCATION ET COUNSELING DES PATIENTS

Conseils visant à réduire le risque de transmission à l'intention de tous les patients

- ❑ Signalez votre infection à vos FS (p. ex., dentistes, médecins, infirmières) ainsi qu'à tout autre fournisseur de services personnels où la peau doit être transpercée (p. ex., acupuncteurs, tatoueurs).
- ❑ Ne donner pas du sang, d'organes, de sperme ou de tissus.
- ❑ Ne partagez pas d'articles d'hygiène personnelle ni d'instruments tranchants (p. ex., rasoirs, coupe-ongles, brosses à dents, glucomètres).
- ❑ Disposez en toute sécurité les articles contaminés par du sang (p. ex., produits d'hygiène féminine, soie dentaire, bandages, aiguilles, débris de verre).
- ❑ Couvrez toutes vos coupures et vos plaies ouvertes.
- ❑ Nettoyez les déversements de sang avec une solution contenant de l'eau de javel diluée (9 parties d'eau avec 1 partie de l'eau de javel). Laissez la solution agir sur la surface pendant 10 minutes avant de l'essuyer. Si d'autres personnes doivent nettoyer des déversements de sang, elles devraient porter des gants de protection et se laver les mains soigneusement après avoir enlevé leurs gants.
- ❑ Assurez-vous que le(s) partenaire(s) sexuel(s), les membres de votre famille et le(s) partenaire(s) de consommation de drogues passent un test de dépistage et se font vacciner s'ils sont susceptibles. **Le vaccin contre le VHB est offert gratuitement aux contacts susceptibles^{†††}.**
- ❑ Utilisez des condoms avec tout partenaire sexuel jusqu'à ce que les tests indiquent qu'ils sont immuns^{†††}.
- ❑ Ne partagez aucun matériel utilisé pour préparer, injecter ou inhaler des drogues (p. ex., seringues, aiguilles, cuillères, solutions de drogues, eau, filtres de nettoyage, réchauds, pipes, pailles, articles utilisés pour renifler des drogues)^{†††}.

Femmes enceintes et nourrissons

- ❑ Si vous êtes enceinte ou planifiez une grossesse, consultez votre FS pour obtenir des conseils sur les manières de réduire le risque de transmission mère-enfant. Les femmes enceintes doivent être évaluées avant leur troisième trimestre pour déterminer si le traitement est indiqué.
- ❑ Les nourrissons nés de mères positives pour le VHB ont besoin de la PPE avec l'HBIG et le vaccin contre le VHB pour réduire le risque de transmission mère-enfant. **Voir le module 10 pour les recommandations en matière de prévention, de vaccination et de suivi chez les nourrissons exposés au VHB à la naissance.**

Patients atteints d'une infection au VHB aiguë

- ❑ Aucun traitement antiviral n'est nécessaire dans les cas d'hépatite B aiguë.
- ❑ Un test sanguin de suivi devrait être effectué après 6 mois pour déterminer si l'infection a résolu.

^{†††} Veuillez communiquer avec votre département local de santé publique pour obtenir l'information sur les programmes de réduction des risques et de vaccination dans votre collectivité.

PATIENTS ATTEINTS DU VHB CHRONIQUE

Réduction du risque d'atteintes hépatiques (évolution de la fibrose)

- ❑ Faites mesurer vos enzymes hépatiques tous les 6 à 12 mois.
- ❑ Réduisez ou éliminez votre consommation d'alcool.
- ❑ Cessez de fumer, car cela augmente le risque de cancer du foie.
- ❑ Vous pouvez boire du café; le fait de prendre 3 tasses ou plus par jour peut réduire le risque de cancer du foie⁽²¹⁾.
- ❑ Maintenez un poids sain.
- ❑ Faites-vous vacciner contre l'hépatite A si vous n'êtes pas déjà immun — veuillez communiquer avec votre FS ou contacter votre département de santé publique.
- ❑ Respectez votre calendrier de traitement ainsi que vos rendez-vous pour les tests de laboratoire et les consultations de suivi.
- ❑ Informez votre FS avant de commencer tout traitement immunosuppresseur.

Information sur les médicaments pour les patients atteints de cirrhose

- ❑ Évitez les aminosides (type d'antibiotique), les benzodiazépines et les analgésiques narcotiques, y compris la codéine (même dans le sirop contre la toux).
- ❑ Dans la mesure du possible, évitez les AAS et les AINS. L'acétaminophène, les contraceptives orales et les statines sont sûrs.
- ❑ Ne consommez pas d'alcool.
- ❑ Traitez toute infection immédiatement.
- ❑ Si vous devez subir une chirurgie, parlez-en d'abord avec votre spécialiste.
- ❑ Si vous avez des selles noires, communiquez avec votre spécialiste immédiatement ou allez à la salle d'urgence.
- ❑ Informez votre FS de tous thérapies complémentaires/alternatives ou suppléments en vente libre, y compris les remèdes à base de plantes, que vous prenez.
- ❑ Suivez les conseils de votre FS sur la fréquence requise des ultrasons abdominaux.

Bien vivre avec le VHB

- ❑ Jouez un rôle actif dans votre plan de soins. Il est fourni par votre FS pour afin de surveiller et suivre votre infection.
- ❑ Obtenez des renseignements actuels et fiables sur le VHB; les sources crédibles comprennent notamment les cabinets de spécialistes, votre médecin de famille, les départements de santé publique et la Fondation canadienne du foie.
- ❑ Prenez la plaisir à faire des activités physiques. Il n'existe aucune restriction concernant l'entraînement physique ni les sports, y compris les sports de contact.
- ❑ Adoptez une alimentation saine. Consultez le *Guide alimentaire canadien*^{§§§}, dont il existe une version spécialement adaptée pour les Premières nations, les Inuits et les Métis^{****}. Le département de l'Agriculture des États-Unis a aussi mis au point une variété de pyramides alimentaires adaptées à certains groupes ethniques ou culturels.
- ❑ Laissez vos enfants aller à l'école ou à la garderie et jouer avec les autres enfants.
- ❑ Le fait d'embrasser une autre personne ou de partager la nourriture/les ustensiles ne pose aucun risque de transmission.

§§§ www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php

**** www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/fnim-pnim/index-fra.php

RÉFÉRENCES

- (1) Heymann D, editor. Control of communicable diseases manual. 19th ed. Washington, DC: American Public Health Association; 2008.
- (2) Coffin CS, Fung SK, Ma MM. Management of chronic hepatitis B: Canadian association for the study of the liver consensus guidelines. *Can J Gastroenterol*. 2012 Dec;26(12):917–38.
- (3) Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement; 2010. Disponible à : www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/index-fra.php.
- (4) Minuk GY, Uhanova J. Chronic hepatitis B infection in Canada. *Can J Infect Dis*. 2001 Nov;12(6):351–6.
- (5) Larke RP, Froese GJ, Devine RD, Petruk MW. Extension of the epidemiology of hepatitis B in circumpolar regions through a comprehensive serologic study in the Northwest Territories of Canada. *J Med Virol*. 1987 Jul;22(3):269–76.
- (6) Guide canadien d'immunisation. Disponible à : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-fra.php.
- (7) Lok AS, McMahon BJ. Chronic hepatitis B: Update 2009. *Hepatology*. 2009 Sep;50(3):661–2.
- (8) Dienstag JL. Hepatitis B virus infection. *N Engl J Med*. 2008 Oct 2;359(14):1486–500.
- (9) Mahoney FJ. Update on diagnosis, management, and prevention of hepatitis B virus infection. *Clin Microbiol Rev*. 1999 Apr;12(2):351–66.
- (10) Typical serologic course of acute hepatitis B virus infection; 2012. Disponible à : www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/viral-hepatitis-figure4.html.
- (11) Soins primaires de l'hépatite C chronique: Agence de la santé publique du Canada; 2009. Disponible à : www.phac-aspc.gc.ca/hepc/pubs/pdf/hepc_guide-fra.pdf.
- (12) Hollinger F, Liang T. Hepatitis B virus. In: *Fields Virology*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2001. p. 2971–3036.
- (13) Hepatitis B: World Health Organization, Department of Communicable Diseases and Surveillance and Response; 2002. Disponible à : www.who.int/csr/disease/hepatitis/HepatitisB_whoCDCsrlyo2002_2.pdf.
- (14) Hsu YS, Chien RN, Yeh CT, Sheen IS, Chiou HY, Chu CM, et al. Long-term outcome after spontaneous HBeAg seroconversion in patients with chronic hepatitis B. *Hepatology*. 2002 Jun;35(6):1522–7.
- (15) McMahon BJ. Natural history of chronic hepatitis B. *Clin Liver Dis*. 2010 Aug;14(3):381–96.
- (16) Hoofnagle JH, Doo E, Liang TJ, Fleischer R, Lok AS. Management of hepatitis B: Summary of a clinical research workshop. *Hepatology*. 2007 Apr;45(4):1056–75.
- (17) McMahon BJ, Holck P, Bulkow L, Snowball M. Serologic and clinical outcomes of 1536 Alaska natives chronically infected with hepatitis B virus. *Ann Intern Med*. 2001 Nov 6;135(9):759–68.
- (18) Calabrese LH, Zein NN, Vassilopoulos D. Hepatitis B virus (HBV) reactivation with immunosuppressive therapy in rheumatic diseases: Assessment and preventive strategies. *Ann Rheum Dis*. 2006 Aug;65(8):983–9.
- (19) American Academy of Pediatrics. Red book: 2012 report of the committee on infectious diseases. 29th ed. Pickering L, editor. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2012.
- (20) Postvaccination serologic testing results for infants aged ≤24 months exposed to hepatitis B virus at birth — United States, 2008–2011: CDC, September 28, 2012. Disponible à : www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6138a4.htm?s_cid=mm6138a4_w.
- (21) Freedman N, Everhart J, Lindsay K, Ghany M, Curto T, Shiffman M, et al. Coffee intake is associated with lower rates of liver disease progression in chronic hepatitis C. *Hepatology*. 2009;50:1360.

