



Dépistage des hépatites B et C en médecine générale : mode d'emploi

Philippe Sogni

Inserm U-567 et AP-HP, Groupe hospitalier Cochin Saint-Vincent-de-Paul, unité d'hépatologie, Paris.

Une simple prise de sang. Des résultats faisant envisager quatre situations. Un discours et une prise en charge adaptés à la population concernée.

Si le dépistage des hépatites B et C a progressé ces dix dernières années, il reste encore insuffisant puisqu'en 2004 en France, 45 % des personnes atteintes connaissaient leur séropositivité pour l'AgHBs et 57 % pour les anticorps anti-VHC⁽¹⁾. Le renforcement du dépistage des hépatites B et C apparaît donc comme un axe stratégique majeur de lutte contre les hépatites B et C, inscrit au plan national 2009-2012⁽²⁾.

Populations concernées

La technique de dépistage est simple puisque sur une simple prise de sang sont réalisées la sérologie VHC (Ac antiVHC) et la sérologie VHB (AgHBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc). À partir de ces résultats, quatre situations peuvent être envisagées (*schéma 1*), aboutissant pour chacune à une prise en charge adaptée. Seule la situation n° 4 (Ac anti-VHC + ou AgHBs +, Ac anti-HBs -, Ac anti-HBc + ou AgHBs -, Ac anti-HBs -, Ac anti-HBc +) peut correspondre à une hépatite chronique B ou C.

Le dépistage de l'hépatite C doit être proposé aux patients ayant des anomalies inexplicables du bilan hépatique, essentiellement une augmentation, même minime, des ALAT et aux personnes appartenant aux groupes à risque⁽³⁾ (*tableau*). Pour l'hépatite B, les mêmes groupes à risques doivent être testés en y ajoutant le dépistage systématique de l'AgHBs chez les femmes enceintes, qui est obligatoire en France depuis 1992, la découverte d'un AgHBs + chez la mère devant conduire à une sérovaccination de l'enfant dès la naissance (*voir encadré page ??*). Si le risque de transmission sexuelle est plus élevé pour le virus B que pour le virus C, en revanche, le risque transfusionnel du virus B est depuis longtemps limité par la mise en place

en France de la recherche systématique dans le don de sang de l'AgHBs depuis 1971 et des anticorps anti-HBc depuis 1988, alors que la sérologie VHC n'est disponible que depuis 1999 pour la première génération et 2002 pour la seconde génération.

L'information du patient

Au-delà du dépistage, le retour d'information vers le patient et une conduite adaptée au résultat des sérologies sont également indispensables (*schéma 1*). La pratique du dépistage doit être un moment privilégié pour rappeler les précautions vis-à-vis des pratiques à risque, proposer la vaccination contre l'hépatite B si nécessaire ou prévoir un suivi sérologique VHC en cas de persistance du facteur de risque (*schéma 1*).

En cas de sérologie VHC positive, la démarche de confirmation (par un deuxième test sur un deuxième prélèvement et la recherche de multiplication virale par PCR) peut être également assurée par le médecin généraliste (*schéma 2*). En cas de PCR négative, confirmée par une deuxième PCR négative, le médecin peut rassurer le patient sur l'absence d'hépatite chronique C. En cas de PCR positive, l'évaluation initiale de la maladie hépatique et la discussion thérapeutique seront assurées par le spécialiste mais aidé du médecin généraliste qui connaît les antécédents du patient et son environnement (*schéma 2*). Enfin, le médecin généraliste apparaît souvent comme le mieux placé pour proposer un dépistage à l'entourage (*schéma 2*).

En cas de portage chronique de l'AgHBs (ou d'anticorps anti-HBc + isolés), l'évaluation initiale de la maladie hépatique, qu'il y ait ou non une

Schéma 1 : Dépistage des hépatites B et C et conduite pratique en fonction des quatre situations envisageables avec le rendu des résultats.

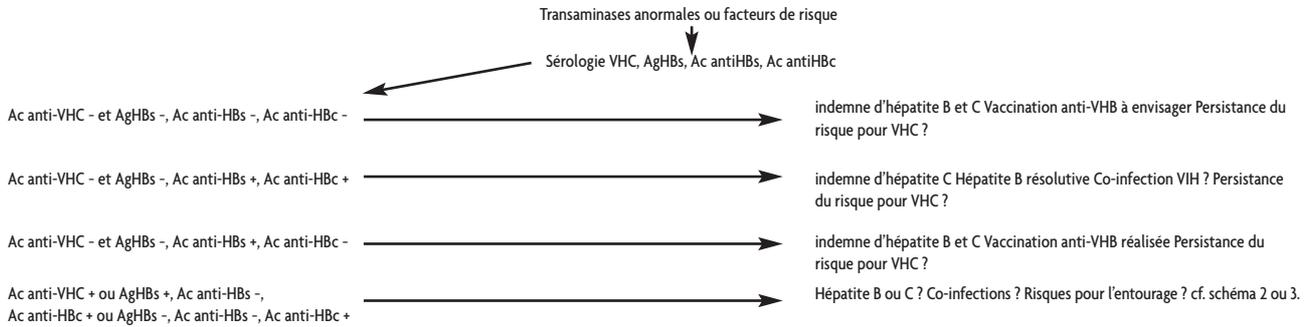
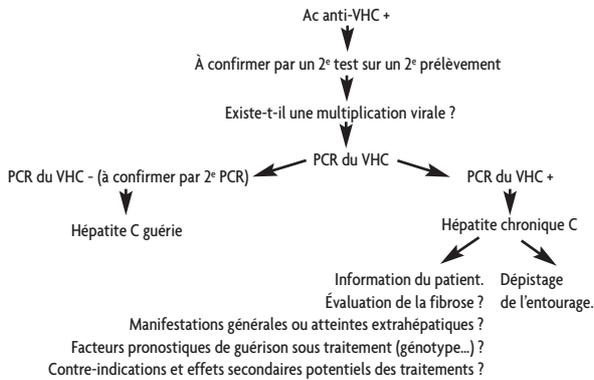


Schéma 2 : Conduite à tenir devant une sérologie VHC positive.



multiplication virale (ADN du VHB), et la discussion thérapeutique seront assurées par le médecin spécialiste mais aidé du médecin généraliste, qui connaît les antécédents du patient et son environnement (schéma 3). Là encore, le médecin généraliste apparaît souvent comme le mieux placé pour proposer un dépistage à l'entourage et une vaccination anti-VHB si nécessaire (schéma 3). Comme acteur central du parcours de soins, il a un rôle également important pour éviter la prescription d'immuno-suppresseurs, comme les corticoïdes, qui entraînent un risque d'aggravation de la maladie virale B.

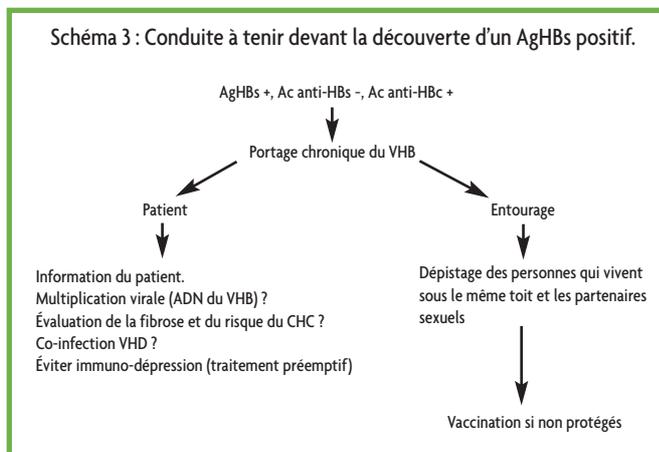
Mieux rembourser et élargir le dépistage

L'évaluation du dépistage de l'hépatite C en France à partir de l'activité des laboratoires publics et privés et des pôles de référence montre la nécessité d'optimiser ce dépistage (3). Il en est de même pour l'hépatite B. Plusieurs pistes ont été dégagées, rappelées dans le plan national de lutte contre les hépatites B et C (2). Cette amélioration passe d'abord par une meilleure information du grand public et des professionnels de santé sur les hépatites B et C, les facteurs de risque et les moyens simples de dépistage. Elle passe également par un meilleur remboursement de la sérologie VHB de dépistage (65 % actuellement versus 100 % pour le VHC et le VIH, hors AgHBs lors de la grossesse) et des Centres de dépistage anonyme et gratuit. Elle passe enfin par un élargissement probable des critères de dépistage par rapport aux recommandations antérieures, puisque 20 à 25 % des patients séropositifs n'appartiennent pas à ces groupes à risques.

TABLEAU Personnes à dépister pour le VHC (3)

Quantification du risque	Description de la population
Risque élevé	<ul style="list-style-type: none"> - Sujets ayant reçu des produits sanguins stables avant 1988 ou des produits sanguins labiles avant 1992 ou une greffe de tissu, de cellules ou d'organe avant 1992 - Sujets ayant pu être transfusés du fait de la gravité des traitements médicaux ou chirurgicaux effectués : intervention chirurgicale lourde, séjour en réanimation, accouchement difficile, hémorragie digestive, soins en néonatalogie ou en pédiatrie (anciens grands prématurés, enfants nés avec une pathologie grave, antécédents d'exsanguino-transfusion), etc. - Sujets ayant utilisé au moins une fois dans leur vie des drogues par voie intraveineuse, quelle que soit la date d'utilisation - Enfants nés de mère VHC + - Patients hémodialysés - Sujets découverts séropositifs pour le VIH
Risque non quantifiable ou faible	<ul style="list-style-type: none"> - Partenaires sexuels de sujets VHC + - Membres de l'entourage familial des patients VHC +, du fait du risque d'exposition par le partage d'objets souillés de sang (objets de toilette notamment) - Sujets incarcérés ou ayant été incarcérés, du fait des antécédents possibles de toxicomanie et des risques possibles liés à la promiscuité (partage d'objets de toilette par exemple) - Sujets ayant eu un tatouage ou un piercing avec du matériel non à usage unique - Sujets ayant eu de la mésothérapie sans matériel ou de l'acupuncture sans utilisation d'aiguilles personnelles ou à usage unique - Sujets avec un taux élevé d'ALAT sans cause connue - Sujets originaires ou ayant reçu des soins dans des pays à forte prévalence (Asie du Sud-Est, Moyen-Orient, Afrique, Amérique du Sud)
Autres	<ul style="list-style-type: none"> - Accident exposant au sang - Sujets ayant des marqueurs d'infection VHB actuelle ou ancienne - Sujets ayant utilisé de la drogue par voie per-nasale

Schéma 3 : Conduite à tenir devant la découverte d'un AgHBs positif.



Finalement, les objectifs ambitieux du plan national sont de passer en 2012 à 80 % des personnes porteuses ayant connaissance de leur séropositivité pour l'hépatite C et à 65 % pour l'hépatite B. ⁴¹⁷¹⁸ ■

L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts concernant les données de cet article.

1. Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, et al. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2006. http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/index.html
2. Plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2012). http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_hepatites_2009_2012.pdf
3. Dépistage de l'hépatite C — Populations à dépister et modalités du dépistage — Recommandations du comité d'experts — Anaes Janvier 2001. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hepatite.pdf>
4. Brouard C, Delarocque-Astagneau E, Meffre C, et al. Évolution du dépistage de l'hépatite C en France à partir des systèmes de surveillance Rena-VHC et des pôles de référence, 2000-2007. http://www.invs.sante.fr/beh/2009/20_21/beh_20_21_2009.pdf

Sérologie hépatite B : ce qu'il faut savoir en médecine du travail

Catherine Goujon

Médecin référent pour les vaccinations et les conseils aux voyageurs au centre médical de l'Institut Pasteur, Paris

La réglementation implique le médecin du travail dans l'interprétation de la sérologie de l'hépatite B, soit pour des motifs d'aptitude, soit après accident d'exposition.

La sérologie de l'hépatite B comprend la recherche de plusieurs éléments :

- l'antigène HBs, qui correspond à la protéine de surface du virus et traduit une infection aiguë ou chronique ; il apparaît dans le sérum environ trois semaines avant les signes cliniques ;
- les anticorps anti-HBs, qui témoignent d'une immunité protectrice acquise à la suite d'une infection naturelle guérie ou d'une vaccination. Dans le cas d'une infection naturelle, ils apparaissent généralement entre deux semaines et quatre mois après la disparition de l'antigène HBs ;
- les anticorps anti-HBc, dirigés contre une protéine interne du virus (core), présente dans les hépatocytes, mais qui n'est pas détectable dans le sérum. Ils apparaissent précocement, au début de l'infection, et peuvent persister très longtemps, mais ne sont pas protecteurs ;
- l'antigène HBe, qui signe la réplication active du virus et donc une contagiosité élevée ;
- les anticorps anti-HBe, qui signent l'arrêt de la réplication virale.

L'absence de l'AgHBe ne permet cependant pas d'exclure une réplication virale, car il peut s'agir d'un virus mutant pré-C, qui n'exprime pas cet antigène : seule la recherche de l'ADN viral sérique permet alors de connaître le niveau de réplication virale.

Accident d'exposition au sang

Dans le cadre du bilan d'un accident d'exposition au sang survenu au cours de l'exercice de l'activité professionnelle.

Le risque de transmission du VHB à partir d'un patient infecté est très élevé, 2 à 40 %.

Ce bilan comporte un dosage des anticorps anti-HBs, si la victime est vaccinée mais que le taux de ses anticorps n'est pas connu, ou la recherche de l'antigène HBs et des anticorps anti-HBc, si elle n'est pas vaccinée.

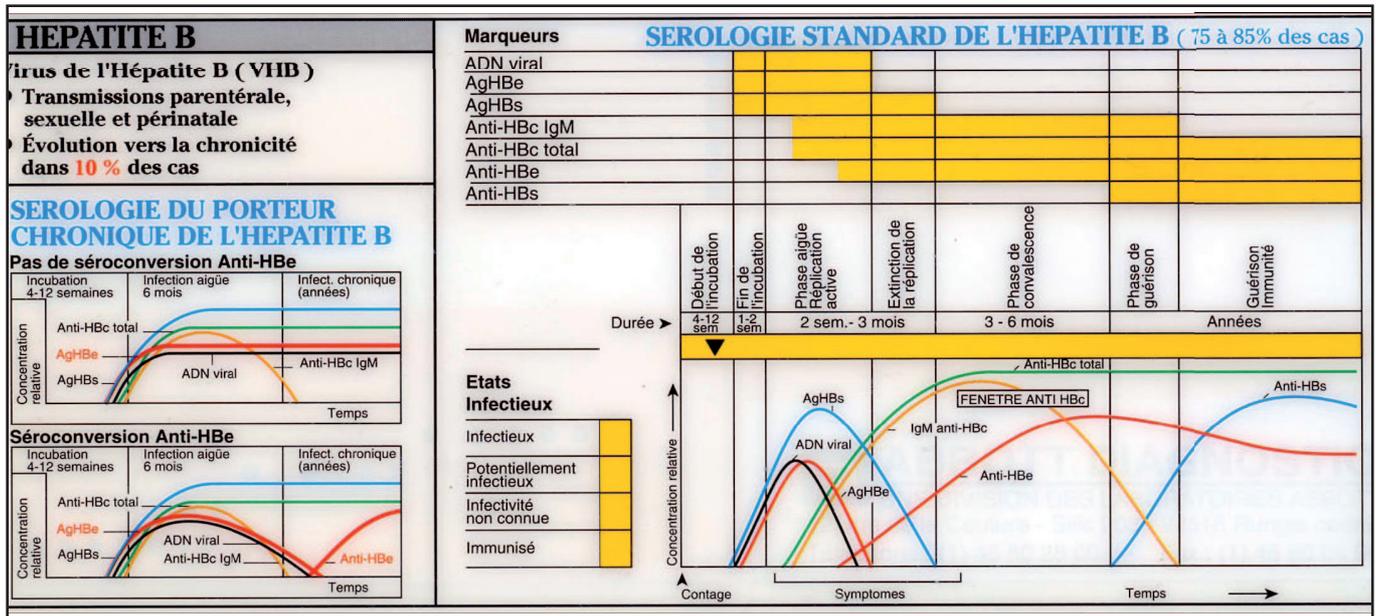
Cela ne concerne pas en principe les professionnels de santé, qui sont soumis à l'obligation vaccinale, sauf s'ils n'ont pas répondu à la vaccination.

Contrôler les obligations vaccinales

Le médecin du travail doit contrôler l'immunisation des personnes visées par l'article L.3111-4 du code de la santé publique, soumises à l'obligation vaccinale. Les conditions d'immunisation de ces personnes sont fixées par l'arrêté du 6 mars 2007 et le contrôle modulé en fonction de l'âge au moment de la primovaccination et du type d'activité ; l'objectif est non seulement de protéger le personnel de santé contre l'hépatite B, mais aussi de prévenir la transmission du virus aux patients par un soignant infecté.

L'arrêté stipule que l'immunité post-vaccinale doit être contrôlée si la primovaccination a été réalisée :

- après treize ans pour les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers, les pharmaciens et les techniciens en analyses biomédicales ; cette mesure est destinée à dépister le portage chronique du virus de



l'hépatite B chez des professionnels amenés à pratiquer des actes invasifs, et donc susceptibles de le transmettre à leurs patients ;
 – après vingt-cinq ans pour les autres catégories : aides-soignants, ambulanciers, auxiliaires de puériculture, manipulateurs d'électroradiologie médicale, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues. Vingt-cinq ans est l'âge à partir duquel la réponse immunitaire au vaccin de l'hépatite B commence à diminuer.

Le taux des anticorps anti-HBs doit être supérieur à 100 mUI/mL ; s'il est compris entre 10 et 100 mUI/mL, une recherche de l'antigène HBs doit être effectuée ; en effet, la coexistence du virus avec un taux faible d'anticorps sériques anti-HBs est possible et les tests utilisés actuellement, plus sensibles que les anciennes méthodes, permettent de détecter l'antigène viral présent en faibles quantités dans le sang.

La conduite à tenir si le taux d'anti-HBs est inférieur à 10 mUI/mL est fonction de la présence ou non de l'antigène HBs dans le sérum :
 – lorsque l'antigène HBs n'est pas détectable, jusqu'à trois doses supplémentaires de vaccin (en tout six doses) peuvent être administrées pour tenter d'obtenir l'apparition d'anticorps sériques anti-HBs.

En cas d'échec, confirmé par l'absence d'anticorps persistant deux mois après la sixième dose, l'exercice de l'activité professionnelle reste possible, mais les marqueurs viraux, antigène HBs et anticorps anti-HBs, doivent faire l'objet d'une surveillance annuelle pour les personnes pratiquant des actes invasifs. 414713 ■

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

1. Avis du CSHPF relatif à la prévention de la du VHB aux patients par les professionnels de santé 27 juin-7 novembre 2003.
2. Calendrier vaccinal 2009 (http://www.invs.sante.fr/beh/2009/16_17/beh_16_17_2009.pdf).
3. Circulaire n° DGS/SDSC/2007/164 du 16 avril 2007.
4. Circulaire interministérielle n° DGS/R12/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008.
5. Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Rapport du groupe de travail « Transmission du virus de l'hépatite virale B aux patients par le personnel de santé », Juin 2003.
6. Dupeyron C. Développement et Santé, n° 151, février 2001.
7. Gynécol Obstet Fertil. 2005;33:423-8.
8. Geres. Rapport Geres sur les AES et le risque de transmission des virus des hépatites B et C et de l'immunodéficience humaine de soignant à patient. Une revue réactualisée. Mai 2000.

Interpréter une sérologie VHB pour une prévention individualisée

Jean-Pierre Aubert, Alexandrine Di Pumpo, Maxime Catrice, Julien Gelly, Bruno Lepoutre, Alain Eddi, Michel Nougairede, Département de médecine générale, Université Paris 7

Chez l'adulte, et chez l'enfant originaire de pays de fortes prévalences (Afrique subsaharienne, Asie du Sud-Est), la sérologie est absolument indispensable avant toute stratégie de prévention. En effet les conseils de prévention qui doivent être donnés aux patients diffèrent totalement selon le profil sérologique. Il ne faut pas oublier

qu'un enfant n'a pas nécessairement une sérologie négative : le VHB peut lui avoir été transmis par voie fœto-maternelle (la prévalence du port de l'agHB est de 0,64 % dans la population française et peut atteindre 20 % dans certains pays africains, dans lesquels la séroprévention n'est pas systématique à la naissance).

Le réseau de santé Paris-Nord a développé trois brochures d'information, qui reprennent les conseils à donner aux patients de chacun des trois groupes. Elles peuvent être consultées à l'adresse : <http://www.reseau-paris-nord.com/vi-roses/viroses.protocoles.VHB.php>

414721

Augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B : plus de bénéfices que de risques

Nicolas Postel-Vinay

La vaccination constitue la mesure de prévention la plus efficace contre l'infection par le VHB. La discussion sur les risques d'affections démyélinisantes ne doit pas entamer la conviction des médecins.

Depuis le premier jour de l'invention de la vaccination par E. Jenner (1749-1823) puis L. Pasteur (1822-1895), émotions et contestations antivaccinales appartiennent à l'histoire. Souvenons-nous par exemple du procès de Lübeck qui fut très largement médiatisé et qui, en 1930, statua sur une dramatique contamination d'un lot de BCG. La légitime émotion du public et des familles en réaction aux accidents vaccinaux ne s'est pas tarie aujourd'hui et alimente toujours des doutes sur les bé-

néfices de la vaccination. C'est particulièrement le cas avec le vaccin contre l'hépatite B dont les effets imputables font l'objet d'une forte médiatisation, souvent attisée par des décisions de justice contestées. Les médecins eux-mêmes furent pris d'hésitations, et la suppression de la vaccination des élèves de classe de 6^e par les services de promotion de la santé (en octobre 1998) n'a pas calmé les craintes. En conséquence, les autorités de santé constatent aujourd'hui que les recommandations de l'actuel calendrier vaccinal sont mal appliquées, entraînant une couverture vaccinale insuffisante.

Sachant que les professionnels de santé exercent une influence majeure sur la décision des populations d'accepter, ou de refuser, la vaccination, ils doivent d'abord reprendre les éléments de l'analyse bénéfice-risque⁽¹⁾. Concernant l'hépatite B, le plan national de lutte contre les hépatites⁽²⁾ offre une synthèse récente que nous reprenons dans les paragraphes qui suivent.*

Association entre risque de sclérose en plaques (sep) et vaccination contre l'hépatite B

« Jusqu'en 2004, aucune étude, parmi une dizaine de publications, n'avait montré de résultat statistiquement significatif en faveur d'une association entre cette vaccination et la survenue d'une affection démyélinisante centrale. En 2004, une étude cas-témoins⁽³⁾ a conclu à une association significative, chez l'adulte, dans les trois ans qui suivent la vaccination. Toutefois, selon les instances d'expertise consultées⁽⁴⁾, le résultat de cette étude ne remettait pas en cause les recommandations vaccinales en vigueur. Par ailleurs, les résultats d'une étude publiés en 2003 n'ont pas montré cette association⁽⁵⁾ ».

Les recommandations vaccinales ne sont pas remises en cause

« En 2007 et 2008, les résultats de trois études menées sur une cohorte française "KIDSEP" (enfants de 6 à 16 ans), ont été publiés. Ils ne trouvent aucune association entre l'exposition à la vaccination contre l'hépatite B et le risque de développer une sclérose en plaques⁽⁶⁾. Ils ne montrent pas de risque de récurrence de SEP ni d'augmentation du risque d'épisode aigu démyélinisant du système ner-



Le débat sur les risques liés à la vaccination hépatite B ont été tels que l'assemblée nationale a émis en mai 2001 un rapport en vue de créer une commission d'enquête relative aux circonstances dans lesquelles se sont déroulées la campagne de vaccination de masse contre l'hépatite B (débuté en 1994).