

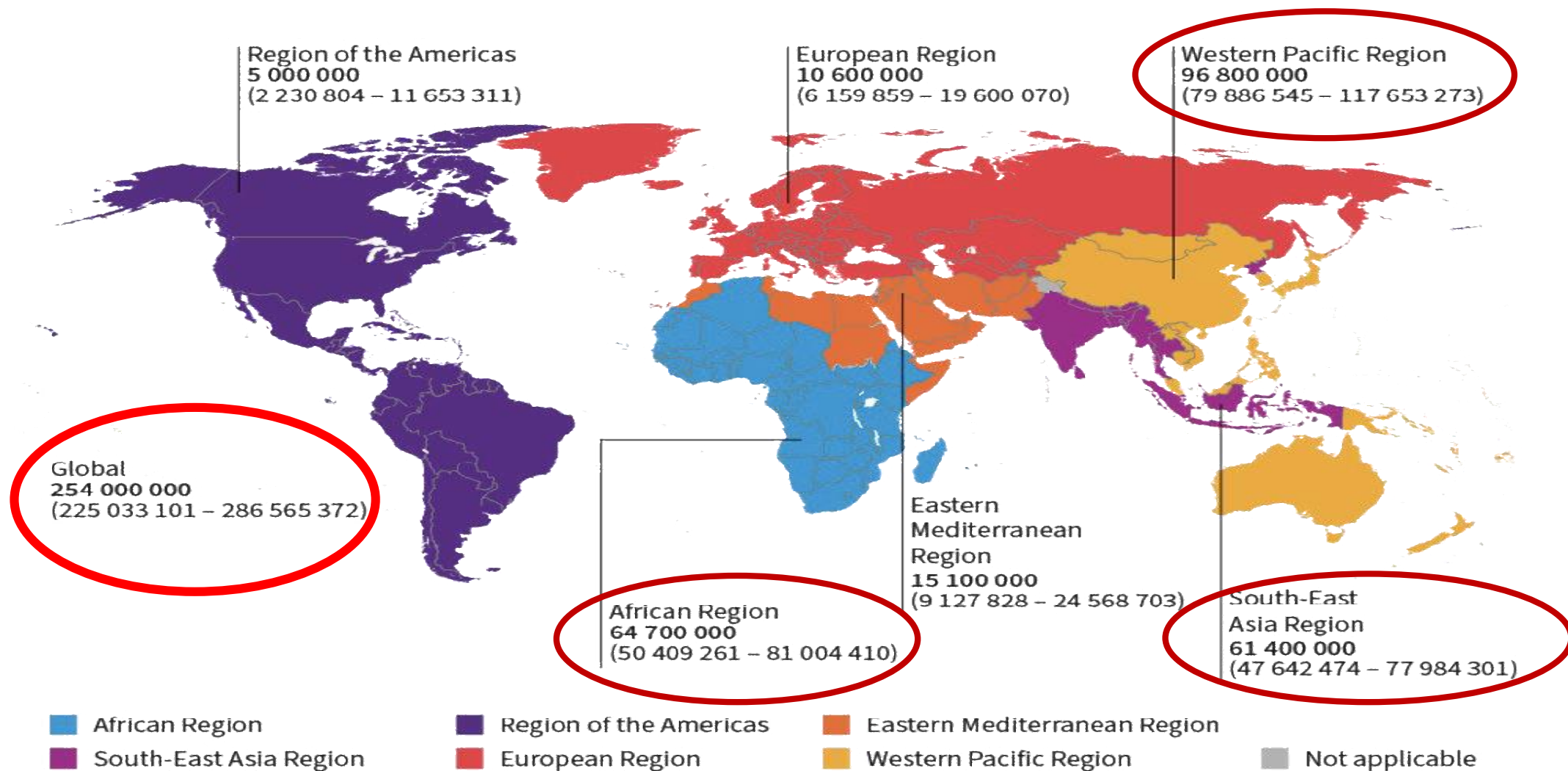
Nouvelles recommandations de l'OMS pour le traitement de l'hépatite B

Pr Marie Louise Bassène Diémé

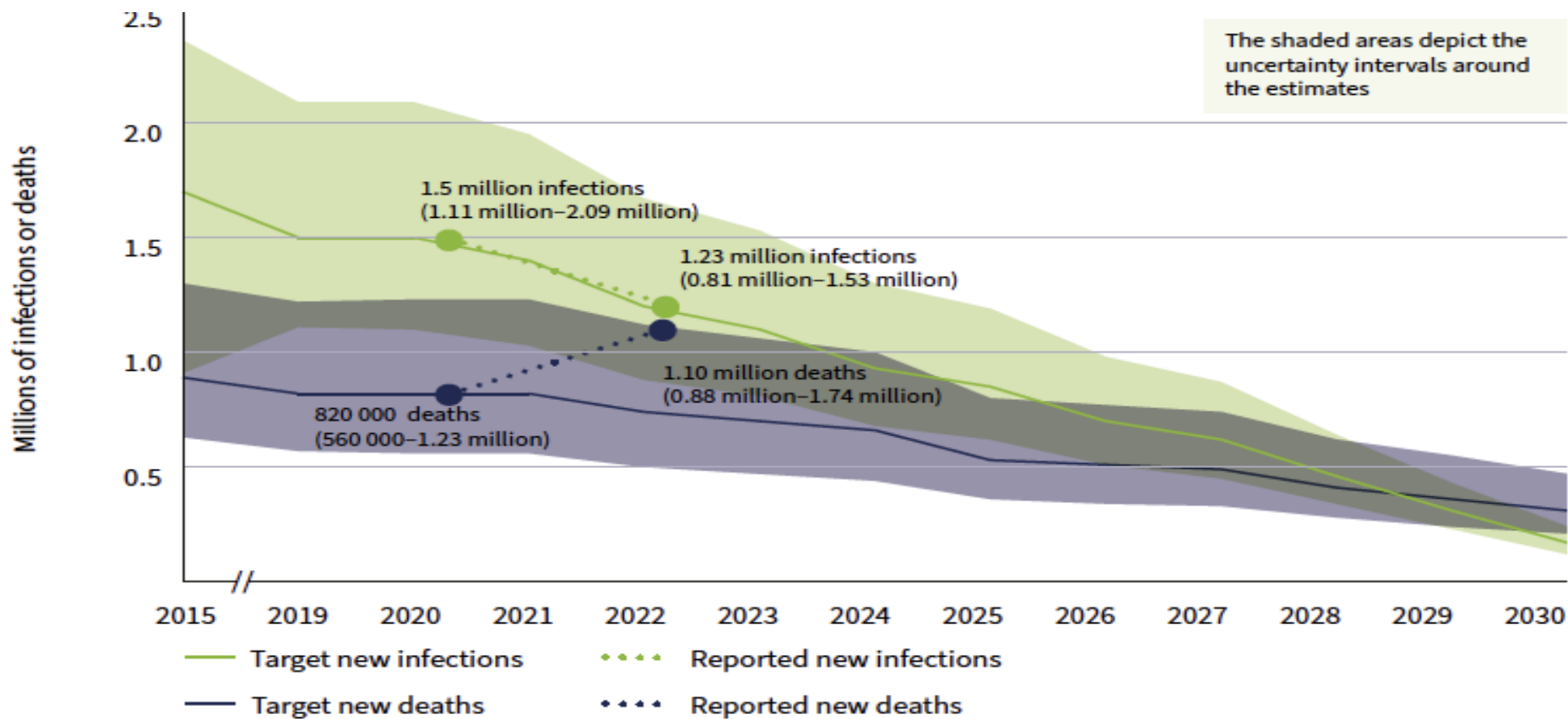
4èmes Journées scientifiques Sida du Sénégal

26 – 28 novembre 2024

Problème majeur de santé publique



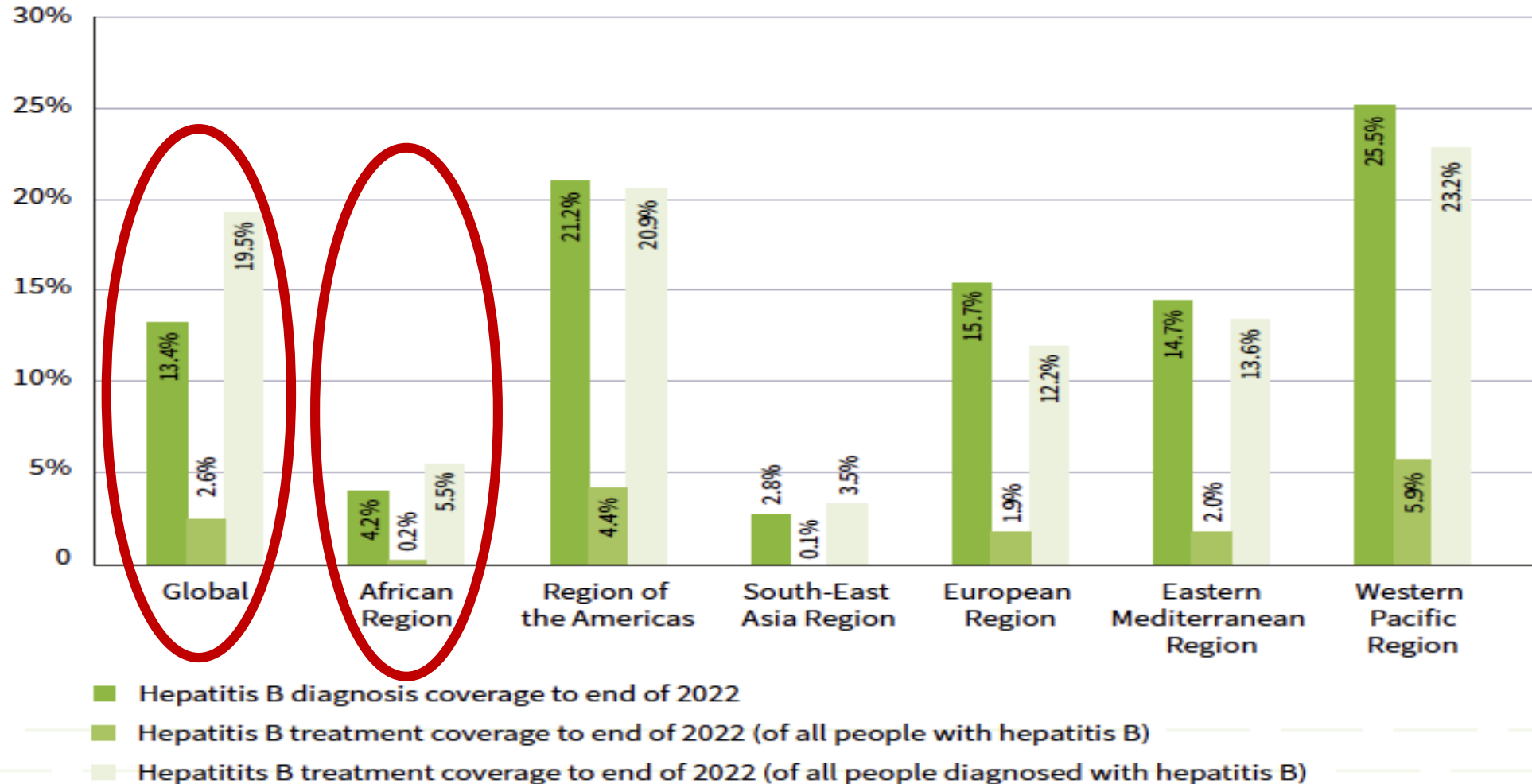
Incidence et mortalité en 2022



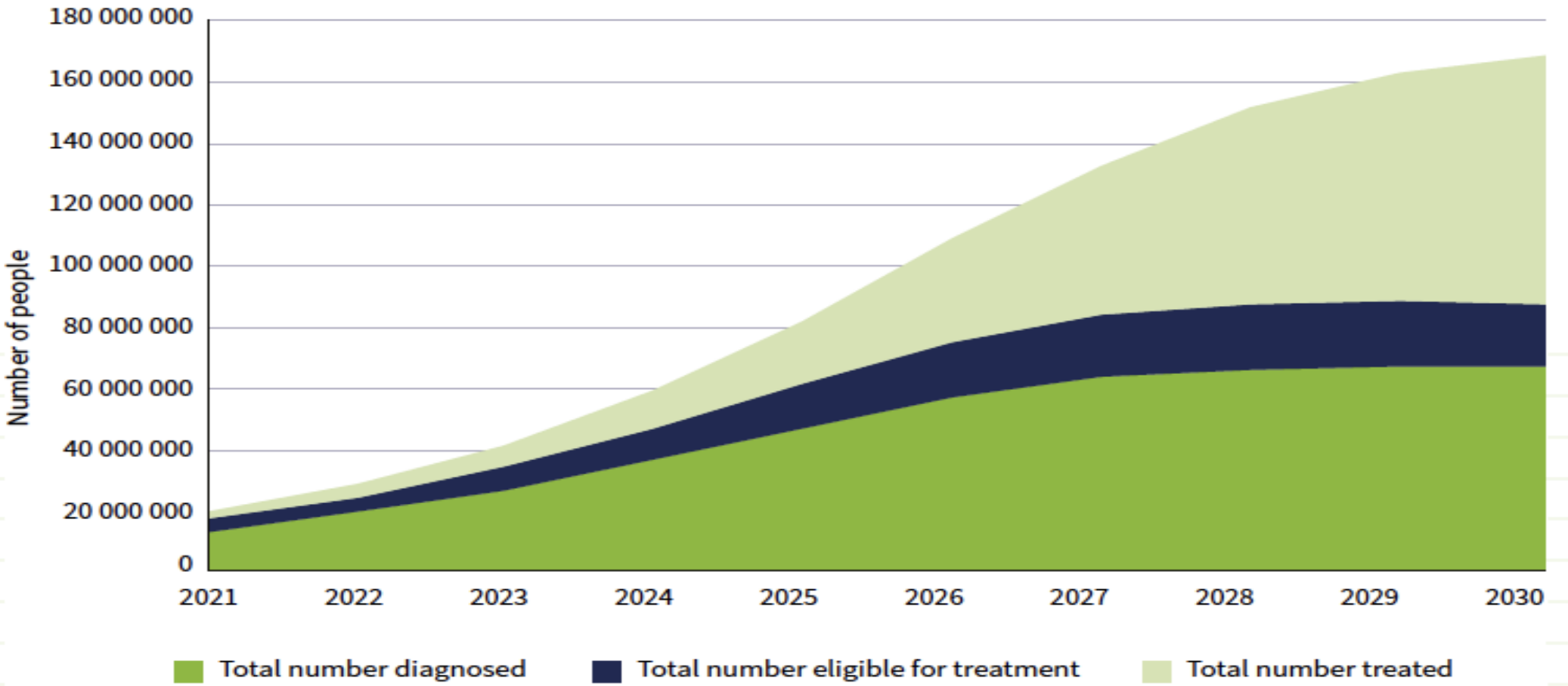
Incidence et mortalité / région en 2022

WHO region	Incidence		Mortality	
	New hepatitis B infections	New hepatitis C infections	Number of deaths caused by hepatitis B	Number of deaths caused by hepatitis C
African Region	771 000	172 000	272 000	35 000
Region of the Americas	8 000	176 000	20 000	38 000
South-East Asia Region	266 000	225 000	218 000	42 000
European Region	18 000	126 000	32 000	21 000
Eastern Mediterranean Region	86 000	183 000	41 000	65 000
Western Pacific Region	83 000	98 000	518 000	43 000

Dépistage et traitement / région en 2022



Objectifs horizon 2030



Application nouvelles lignes directrices



Élargissement des critères de mise sous traitement

Tests de recherche ADN VHB et tests de diagnostic du VHD

Approches pour des services de santé de qualité

Qui dépister ?
Comment dépister ?

Qui dépister ?

Région	Prévalence VHB $\geq 2\%$
Afrique +++	Tous pays
Asie +++	Tous Pays
Caraïbes	Antigua, Barbuda, République Dominicaine, Grenade, Haïti, Jamaïque, St-Christophe, Ste-Lucie, îles Turques-et-Caïques
Amérique centrale	Guatemala, Honduras
Europe de l'est	Tous pays sauf la Hongrie
Moyen orient	Tous pays sauf Chypre et Israël
Amérique du Nord	Populations indigènes au Nord du Canada
Amérique du Sud	Bolivie, Brésil, Colombie, Equateur, Guyane, Suriname, Venezuela
Pacifique du Sud	Tous pays sauf populations non indigènes d'Australie et de la Nouvelle Zélande
Europe de l'Ouest	Malte et populations indigènes du Groenland

Groupes à risque

- **Partenaires sexuels des sujets infectés**
- **Entourage proche des sujets infectés**
- **Usagers de drogue IV**
- **Hémodialysés**
- **Sujets immuno-déprimés (PVVIH)**
- **Populations indigènes**
- **Personnels de santé**
- **Travailleurs du sexe**
- **MSM**
- **Prisonniers**
- **Migrants**

Donneurs de sang

Comment dépister ?

Adulte, adolescent et enfant

Prévalence > 0,4 %

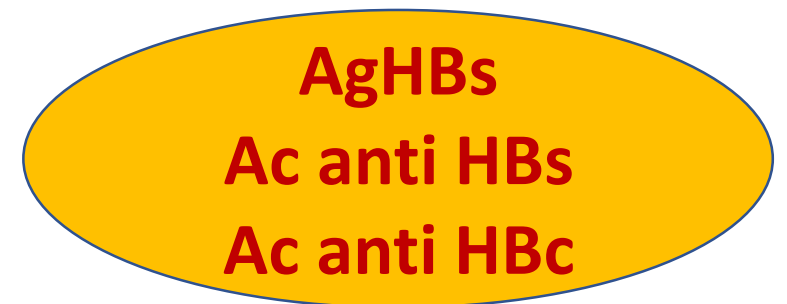
Un seul test sérologique (*soit un TDR, soit un test immunologique* réalisé en laboratoire) *répondant à des normes minimales de qualité, d'innocuité et de performance (en termes de sensibilité et de spécificité)*

Prévalence < 0,4 %

Nécessité test de *confirmation* (TDR ou immunologique)



AgHBs



Comment évaluer la maladie
hépatique ?

AgHBs positif



ÉVALUATION DE L'ÉLIGIBILITÉ AU TRAITEMENT

- 1. Sévérité de la maladie hépatique** en utilisant les tests non invasifs (score APRI ou élastométrie impulsionnelle)
- 2. Taux d'ALAT et d'ADN du VHB**
- 3. Antécédents médicaux** : recherche de la présence de co-infections (p. ex. par le VIH, le VHD ou le VHC), de comorbidités (p. ex., diabète ou maladie hépatique avec stéatose), d'une immunodépression (p. ex., prise de stéroïdes au long cours, greffe), de manifestations extrahépatiques (p. ex., glomérulonéphrite, vascularite) ou d'antécédents familiaux de cancer du foie ou de cirrhose

Qu'est-ce qui change ?

Évaluation non invasive du stade de la maladie hépatique

Fibrose significative ($\geq F2$): APRI $> 0,5$ ou FibroScan® $> 7,0$ kPa

Cirrhose (F4): APRI $> 1,0$ ou FibroScan® $> 12,5$ kPa

Test réflexe et tests de recherche de l'ADN du VHB à réaliser sur le lieu de soins ("point-of-care tests") : tests d'amplification des acides nucléiques (TAN) de l'ADN du VHB (approche alternative)

Recherche Ac anti VHD: tous les patients, sinon

- Régions
- Mal
- Ris

conson

**Si VHD +
Traitement VHB inefficace**

d'une possible infection par le VHD
se, infection par le VHC ou le VIH,


Qui traher ?

FIBROSE SIGNIFICATIVE (F2) ou CIRRHOSE (F4) (indépendamment des taux d'ADN du VHB et d'ALAT)

- Critères cliniques de cirrhose
- Tests non invasifs: **APRI > 0.5** ou **élastométrie impulsionnelle > 7 kPa** (chez l'adulte)

Taux de l'ADN du VHB >2000 UI/mL ET taux d'ALAT >LSN

Présence de l'un des éléments suivants (indépendamment du score APRI, des taux d'ADN du VHB ou d'ALAT)

- **Co-infection** (p. ex. par le VIH, le VHD ou le VHC) 
- **Antécédents familiaux** de cancer du foie ou de cirrhose
- **Immunodépression**
- **Comorbidités** (p. ex., **diabète ou maladie hépatique avec stéatose** associée à des anomalies métaboliques)
- **Manifestations extrahépatiques** (p. ex., glomérulonéphrite ou vascularite)

En l'absence d'accès à un test de recherche de l'ADN du VHB
PERSISTANCE DE TAUX D'ALAT ANORMAUX SANS AUTRE SIGNE

Comment traïter ?

- **TDF ou ETV**
- **TDF + 3TC ou TDF + FTC** (en l'absence d'accès au TDF en monothérapie)
- **ETV ou TAF** chez les personnes qui présentent une ostéoporose ou une insuffisance rénale, chez les enfants et les adolescents

Comment surveiller ?

Tous les 6 mois	SUIVI POUR RECHERCHER UN CHC (alpha-foetoprotéine et échographie) (personnes qui présentent une cirrhose ou des antécédents familiaux de cancer du foie ou de cirrhose)
Tous les 12 mois	RÉPONSE AU TRAITEMENT ET/OU PROGRESSION DE LA MALADIE <ul style="list-style-type: none">• Observance à chaque visite, si le patient est sous traitement• Tests non invasifs (score APRI ou élastométrie impulsionnelle)• Taux d'ALAT et d'ADN du VHB, AgHBs, AgHBe et Ac anti HBe• Suivi de la fonction rénale (créatinine) et de la croissance (enfant) EN ABSENCE DE TRAITEMENT <ul style="list-style-type: none">• Tests non invasifs (score APRI ou élastométrie impulsionnelle)• ALAT, ADN VHB

AFP
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Quand arrêter ou reprendre le
traitement ?

Arrêt du traitement

Absence de signes cliniques de cirrhose ou de fibrose avancée (score APRI ou élastométrie impulsionnelle)

et

Possibilité d'un suivi à long terme après l'arrêt du traitement afin de détecter une éventuelle réactivation

Séroconversion HBs

Disparition de l'AgHBe, séroconversion en anti-HBe (si AgHBe initialement positif) et traitement supplémentaire d'une année supplémentaire

**Fréquence élevée rechute
Risque résistance ?**

Persistance de taux d'Alb < 35 g/l ou de bilirubine > 2 mg/dl détectables (si un test de recherche de la résistance est possible)

**Hépatite chronique à
AgHBe négatif**

Si aucun test de recherche de la résistance n'est possible, l'arrêt si disparition persistante de l'AgHBe et traitement supplémentaire

Reprise du traitement

Rechute fréquente après arrêt du traitement

Reprise si signes concordants de réactivation:

- AgHBs ou AgHBe à nouveau positifs (séroréversion)
- Augmentation taux d'ALAT et ADN VHB à nouveau détectable

Prévention
quand et qui ?

Vaccination

- Tous les nourrissons doivent recevoir leur première dose de vaccin contre l'hépatite B dès que possible après la naissance, si possible dans les 24 heures
- La dose administrée à la naissance doit être suivie de deux ou trois doses supplémentaires pour compléter la série de doses prévue pour la primovaccination

Dépistage du VHB chez les femmes et les adolescentes enceintes

Dépistage (AgHBs) au moins une fois et le plus tôt possible

Traitement antiviral prophylactique chez les femmes et les adolescentes enceintes

Test de recherche de l'ADN du VHB ou test de recherche de l'AgHBe disponible

Traitement prophylactique par TDF **si AgHBs positif et ADN du VHB \geq 200 000 UI/ml ou AgHBe positif** (à partir du 2^{ème} trimestre de grossesse et au moins jusqu'à l'accouchement ou jusqu'à vaccination complète du nourrisson)

Test de recherche de l'ADN du VHB ou test de recherche de l'AgHBe indisponible

Traitement prophylactique par TDF **si AgHBs positif** (A partir du 2^{ème} trimestre de grossesse et au moins jusqu'à l'accouchement ou jusqu'à vaccination complète du nourrisson)

**Dépistage et lien
avec PEC**

Intégration
dépistage, PEC et
traitement dans
autres services

**Observance du
traitement**
Thérapie cognitivo-
comportementale

**Engagement des
communautés**
Lutte contre la
discrimination et la
stigmatisation

**SERVICES DE SANTE
DE QUALITE**

**Adhérence et
fidélité à la PEC**

**Stratégie de soins
différenciés**

Partage des tâches
Formation et
mentorat des
agents de santé

Décentralisation

Conclusion

- Recommandations: volonté OMS d'éradiquer le VHB et tenir le pari de 2030
- Contextualiser
- Recommandations nationales sous l'égide du ministère (gastroentérologues, internistes, infectiologues, biologistes ...)

- Espoir

