

Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès
génital • Condylomes • Gonorrhée

Prise en charge et traitement d'infections spécifiques

LGV • Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès

Infections au virus de l'hépatite B

Herpès génital • Condylomes • Gonorrhée

LGV • Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès

génital • Condylomes • Gonorrhée • LGV

Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès

génital • Condylomes • Gonorrhée • LGV

Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement

ÉDITION
2006

Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes directrices can
canadiennes sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les
sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes
Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes directrices can
canadiennes sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les
sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes



Agence de santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

INFECTIONS AU VIRUS DE L'HÉPATITE B

Étiologie

- L'hépatite B est une maladie virale caractérisée par l'infection du foie par le virus de l'hépatite B (VHB), un petit virus à ADN de la famille des *Hepadnaviridae*. Le virus est présent dans le monde entier, mais sa prévalence est supérieure en particulier dans les pays en voie de développement.

Épidémiologie

- L'hépatite B est la cause la plus fréquente d'hépatites transmises sexuellement.
- La période d'incubation va de quelques jours suivant une exposition percutanée, à un intervalle de quatre à huit semaines après une exposition des membranes muqueuses.
- L'incidence de l'hépatite B aiguë au Canada est estimée à 2,3 cas par 100 000 personnes¹.
 - L'incidence de l'hépatite B aiguë est deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (3 cas par 100 000 personnes contre 1,5 cas par 100 000 personnes, respectivement).
 - Les taux d'incidence les plus élevés se trouvent dans le groupe d'âge des 30-39 ans (6,1 par 100 000).
- La prévalence de l'hépatite B au Canada est estimée entre 0,5 et 1,0 %².
- La prévalence de l'hépatite B chronique varie en fonction des diverses populations :
 - immigrants : 7,4 %³;
 - Inuits : 6,9 %⁴;
 - Premières nations : 0,3 %⁵;
 - patients des cliniques spécialisées en infections transmissibles sexuellement (ITS) : 0,3 %⁶.
- Voies de transmission :
 - percutanée, principalement chez les utilisateurs de drogues injectables;
 - sexuelle : anale > vaginale > orale;
 - horizontale : membres d'un même foyer;
 - verticale : mère au nouveau-né.
- Facteurs de risque d'acquisition⁷ :
 - utilisation de drogues injectables : 34 %;
 - partenaires sexuels hétérosexuels multiples : 24 %;
 - hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) : 7,3 %;
 - relations sexuelles avec des personnes infectées par le VHB : 12 %;
 - porteur du virus de l'hépatite B au sein de la famille : 2,4 %
- Avant l'instauration des tests de dépistage pour les donneurs, le sang et les produits sanguins étaient des sources importantes de l'infection au Canada; ils pourraient encore l'être dans les pays où la qualité de l'approvisionnement en sang est douteuse.

- Les populations exposées au risque le plus élevé sont les suivantes :
 - les nourrissons dont les mères sont positives pour l'antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg);
 - les utilisateurs de drogues injectables qui partagent le matériel d'injection ou de préparation des drogues;
 - les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels;
 - les personnes nées ou ayant des relations sexuelles dans des régions à forte endémicité;
 - les contacts sexuels ou les membres d'un même foyer d'un cas aigu ou d'un porteur chronique de l'infection;
 - les professionnels de la santé et les personnes exposées à du sang dans leur milieu de travail;
 - les personnes incarcérées ou institutionnalisées;
 - les personnes atteintes du VIH ou du virus de l'hépatite C (VHC);
 - les personnes ayant déjà eu des ITS.

Prévention

Prévention primaire

- Counselling et éducation sur les comportements à risque.
- Stratégies de réduction des méfaits (p. ex., échanges de seringues).
- Vaccination contre l'hépatite B (prophylaxie pré-exposition).
 - Un programme d'immunisation universelle contre l'hépatite B en milieu scolaire, visant des enfants âgés de 9 à 13 ans, a été mis en place dans toutes les provinces et les territoires au début des années 1990.
 - Certaines provinces et certains territoires disposent d'un programme de vaccination universelle des nourrissons contre l'hépatite B, en plus du programme d'immunisation des préadolescents en milieu scolaire.
 - L'immunisation contre l'hépatite B devrait être offerte systématiquement aux groupes à risque suivants (à moins qu'ils aient déjà été immunisés)^B :
 - les enfants provenant des régions où le VHB est endémique qui pourraient être exposés au VHB par des membres de leur famille élargie ou de leur communauté;
 - les populations ou communautés où le VHB est très endémique;
 - les résidents et le personnel des établissements pour personnes ayant une déficience intellectuelle ou un retard de développement;
 - les travailleurs de l'industrie du sexe;
 - les patients sous hémodialyse;
 - les hémophiles et les autres personnes recevant régulièrement des perfusions ou des produits sanguins;
 - les contacts sexuels ou les membres du même foyer des cas aigus de VHB et des porteurs du VHB;
 - les femmes enceintes;

- les utilisateurs de drogues injectables;
 - le personnel des prisons et les personnes incarcérées;
 - les voyageurs dans les régions où le VHB est endémique;
 - les personnes qui ont acquis récemment une ITS;
 - les personnes dont le ou la partenaire sexuel(le) habituel(le) est positif pour HBsAg;
 - les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels;
 - les HARSAH;
 - les personnes exposées à un risque en milieu professionnel (p. ex., les professionnels de la santé et les travailleurs des services d'urgence pouvant être exposés à du sang, à des produits sanguins ou à des liquides organiques susceptibles de contenir le virus);
 - les enfants fréquentant une garderie où un enfant est infecté par le VHB;
 - les personnes atteintes du VIH;
 - les partenaires sexuels des personnes susmentionnées.
- Offrir le vaccin contre l'hépatite B à toutes les personnes appartenant à l'une des catégories précitées et qui n'ont pas d'immunité [A-I] ou qui n'ont pas de preuve de leur immunisation; orienter les porteurs chroniques de l'hépatite B afin qu'ils reçoivent une évaluation et consultation pour le traitement par les agents disponibles [A-I]^{9,10}. Certains experts estiment que les tests sérologiques avant l'immunisation ne sont pas économiquement rentables dans le cas des populations à faible risque, en particulier les adolescents; ils recommandent l'immunisation sans test de dépistage¹¹. Chaque année suivant l'instauration d'une immunisation universelle en milieu scolaire, le dépistage deviendra de plus en plus rentable puisque la proportion des personnes non immunisées diminuera.

Prévention secondaire (prophylaxie post-exposition)

- L'immunoglobuline anti-hépatite B (HBIG) peut être administrée aux personnes exposées par voie percutanée (contamination par piqûre d'aiguille) ou muqueuse jusqu'à 7 jours après l'exposition, et aux partenaires sexuels dans les 14 jours suivant l'exposition (idéalement dans les 48 heures) suivie par le vaccin contre l'hépatite B⁸.
- Chez les nourrissons dont la mère est infectée par le VHB, la première dose de vaccin contre l'hépatite B doit être administrée dans les 12 heures suivant la naissance, et l'administration de HBIG doit se faire immédiatement après la naissance (l'efficacité diminue considérablement après 48 heures)⁸.
 - La figure 1, à la section « Prise en charge », présente l'algorithme relativement à l'approche à adopter en cas d'exposition percutanée/muqueuse ou par voie sexuelle (pénienne-anales, pénienne-vaginale ou oro-génitale) à un porteur ou à une source présentant un risque élevé d'hépatite B.

- Les tests de dépistage après l'immunisation à l'aide de l'anticorps dirigé contre l'antigène de surface de l'hépatite B (anti-HBs) ne sont généralement pas recommandés, sauf dans les cas suivants⁸ :
 - les nourrissons dont la mère est infectée;
 - les partenaires sexuel(le)s et les membres du même foyer que les porteurs chroniques;
 - les personnes immunisées en raison de leur risque d'exposition au travail;
 - les personnes immunodéprimées (p. ex., celles qui perdent leur réponse immunitaire);
 - les patients sous hémodialyse;
 - les femmes enceintes.

Manifestations et diagnostic

- Bien que le VHB soit hépatotropique et que le foie soit le seul site de l'infection, la virémie risque de causer des manifestations cliniques liées à la formation de complexes immuns.
- Tous les patients qui se présentent pour une évaluation des ITS devraient être interrogés quant à leurs antécédents de vaccination, de risques, d'affection ictérique et de tests de détection des hépatites.
- Souvent, l'infection aiguë à VHB n'est pas apparente sur le plan clinique, 50 à 70 % des cas adultes étant asymptomatiques. Lorsque les patients infectés présentent des symptômes, ceux-ci ne sont pas spécifiques (fatigue, nausée, vomissements, anorexie, éruption cutanée, arthralgie). Une plus petite proportion de cas sont ictériques, mais ceux-ci sont difficiles à distinguer sur le plan clinique des autres causes virales ou toxiques d'hépatite.
- L'hépatite B chronique peut être décelée par la persistance de HBsAg, qui peut ou non être associée à une hausse des transaminases hépatiques et est généralement asymptomatique avant l'apparition de signes cliniques de cirrhose, d'hypertension portale ou de carcinome hépatocellulaire.
- Des tests sérologiques de l'hépatite sont indiqués dans les situations suivantes :
 - diagnostiquer une infection aiguë chez des personnes symptomatiques;
 - déceler une infection chronique chez des personnes asymptomatiques;
 - test de dépistage avant l'immunisation pour identifier les personnes non immunes qui pourraient bénéficier de la vaccination contre l'hépatite B.
- Voir le tableau 1 pour les marqueurs sérologiques de l'hépatite B.

Tableau 1. Marqueurs sérologiques de l'hépatite B

Stade	HBsAg	HBeAg	IgM anti-HBc	IgG anti-HBc/total	ADN viral de l'hépatite B	Anti-HBs
Aigu (précoce)	+	+	+	+	+	-
Aigu (en résolution)	+	-	+	+	-	-
Chronique	+	+/-	-	+	+/-	-
Résolue	-	-	-	+	-	+/-*
Vacciné	-	-	-	-	-	+*

anti-HBc = anticorps dirigés contre le noyau de l'hépatite B

anti-HBs = anticorps dirigés contre l'antigène de surface de l'hépatite B

HBeAg = antigène e de l'hépatite B

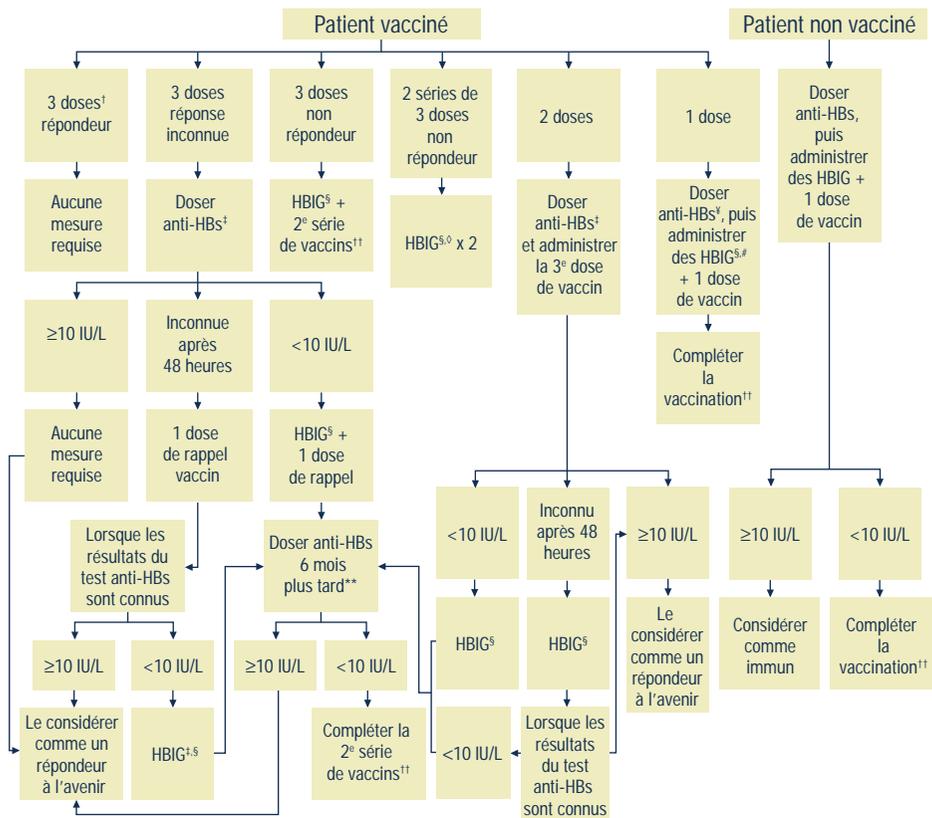
HBsAg = antigène de surface de l'hépatite B

* Chez certains patients, les titres d'anticorps anti-HBs peuvent diminuer avec le temps et devenir indécélabes.

- Le choix des tests sérologiques chez des cas aigus ou chroniques soupçonnés repose sur la situation clinique et des tests supplémentaires devraient être effectués incluant les tests de la fonction hépatique et des transaminases hépatiques. Chez les patients qui sont HBsAg positif et qui pourraient être dans la période fenêtre précédant la production d'anticorps anti-HBs et anti-HBc, l'obtention de résultats positifs au test des IgM anti-HBc confirme l'infection précoce.
- La nécessité de soumettre les personnes présentant un risque élevé à des tests de dépistage avant la vaccination, de même que le choix optimal des tests sérologiques pour le dépistage, soulève la controverse. Dans le cas des personnes à risque élevé et dont le suivi ne peut être assuré, il serait prudent d'administrer la première dose de vaccin à l'occasion de la visite initiale, après avoir fait la prise de sang de dépistage.
- L'évaluation du statut d'une personne à risque élevé ne doit pas retarder son immunisation.

Prise en charge

Figure 1. Prise en charge des expositions par voie sexuelle/percutanée/muqueuse à une source infectée (HBsAg positive) ou à risque élevé* (adaptation du Guide canadien d'immunisation⁸)



anti-HBs = anticorps dirigé contre l'antigène de surface de l'hépatite B

HBIG = immunoglobulines contre l'hépatite B

* Une source connue est considérée comme à risque élevé si la personne provient d'une région où le VHB est très endémique, qu'elle a des relations sexuelles avec plusieurs partenaires, qu'elle a un(e) partenaire infecté(e) par le VHB ou risquant de l'être, qu'un membre de sa famille proche est infecté, qu'elle utilise des drogues injectables ou qu'elle a reçu du sang ou des produits sanguins avant 1970. Dans la mesure du possible, la personne source devrait passer des tests. Si la source est inconnue, les circonstances contextuelles pourraient fournir des indications sur le degré de risque (p. ex., seringue trouvée dans la rue, consultation dans une clinique ITS, une clinique de désintoxication ou de bébé en santé).

† Répondeur avec ≥ 10 UI/L d'anti-HBs. Aucune mesure n'est requise si la personne est devenue immune après une infection.

‡ Le titre d'anticorps anti-HBs doit être déterminé dès que possible pour éviter d'administrer inutilement les HBIG, mais aussi parce que l'efficacité de ces anticorps n'est pas connue s'ils sont administrés 7 jours après l'exposition percutanée/muqueuse et jusqu'à 14 jours après l'exposition sexuelle.

§ L'administration d'HBIG peut être omise si la source à risque élevé peut passer un test dans les 48 heures qui suivent l'exposition et si le résultat est négatif. Dans ce cas, consulter la figure 2.

◇ La deuxième dose d'HBIG doit être administrée un mois après la première.

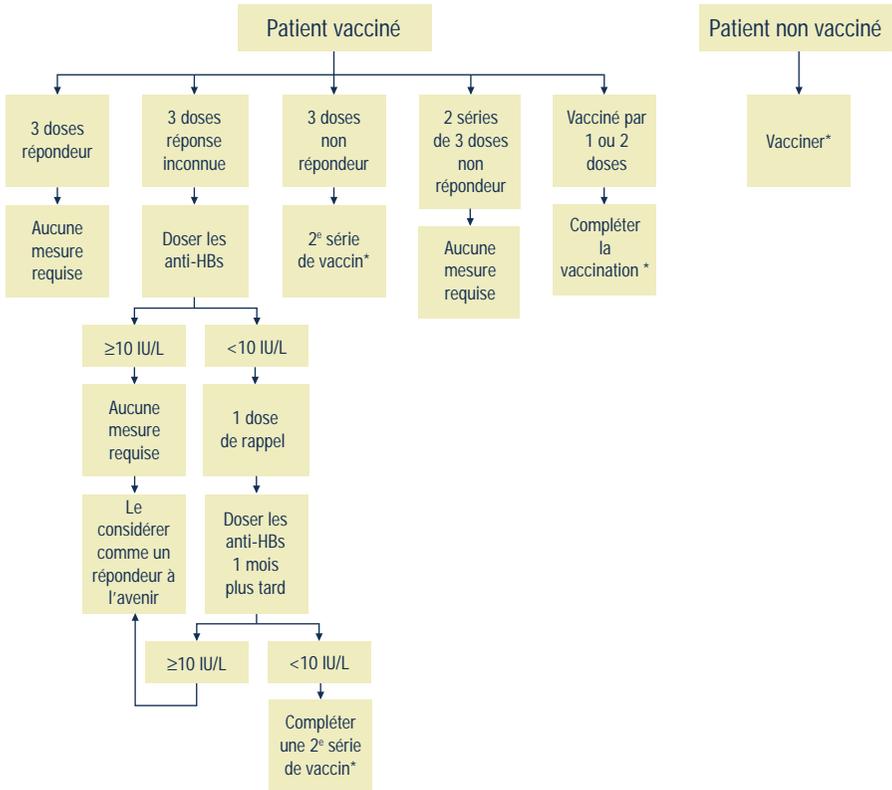
¶ Ce test ne signifie pas qu'il faut modifier la poursuite du schéma de vaccination, mais peut rassurer les personnes exposées quant au risque immédiat de devenir infecté.

S'il est possible d'obtenir rapidement un titre d'anti-HBs confirmant une valeur ≥ 10 UI/L, l'administration d'HBIG devrait être omise.

** La détermination des titres d'anti-HBs doit être retardée de 6 mois pour permettre aux HBIG de diminuer.

†† Doser les anti-HBs 1 à 6 mois après la fin de la série de vaccins.

Figure 2. Prise en charge des cas exposés par voie sexuelle/percutanée/muqueuse à une source non infectée (AgHBs négatif) ou à faible risque (adaptation du Guide canadien d'immunisation⁸)



anti-HBs = anticorps dirigé contre l'antigène de surface de l'hépatite B

* Doser les anti-HBs 1 à 6 mois après la fin de la série de vaccins.

Traitement

- Une discussion au sujet du traitement de l'hépatite B clinique dépasse le cadre des présentes lignes directrices. Tout patient porteur de l'hépatite B chronique devrait être orienté vers un spécialiste pour une prise en charge subséquente. Pour davantage d'information sur les analyses de laboratoires initiales pour les patients atteints d'hépatite B chronique, consulter les documents suivants : *Prise en charge des hépatites virales : Conférence canadienne de consensus, 2003-2004*¹² et *The Management of Chronic Viral Hepatitis: A Canadian Consensus Conference 2004*¹³. À cet égard, voici quelques commentaires :
 - l'intervention antivirale n'est pas indiquée en cas d'hépatite B aiguë;
 - les cas aigus d'hépatite B doivent s'abstenir d'avoir des relations sexuelles, ou avoir des relations sexuelles protégées jusqu'à ce que leurs partenaires ou leurs contacts pertinents aient passé les tests de dépistage qui s'imposent ou qu'ils aient été immunisés;
 - en cas d'hépatite B chronique active, des données démontrent l'efficacité de l'interféron- α ⁹, de la lamivudine¹⁰, du famciclovir¹⁴, de l'adéfovir¹⁵, de la ribavirine¹⁶ et d'autres agents encore à l'étude. Au Canada, la plupart des patients sont pris en charge par l'interféron- α et (ou) la lamivudine (3TC), comme modalités thérapeutiques de base [A-I].

Prises en considération d'autres ITS

- Tout patient ayant possiblement acquis l'hépatite B par voie sexuelle doit être considéré comme présentant un risque pour d'autres ITS, y compris le VIH; on doit donc lui proposer de passer des tests de dépistage de la gonorrhée, de la chlamydia, de la syphilis et du VIH.
- Tout patient ayant possiblement acquis l'infection de l'hépatite B par voie parentérale doit être considéré comme présentant un risque de VIH et de VHC; on doit donc lui proposer de passer des tests de dépistage de ces deux infections.
- Les infections concomitantes avec le VIH et VHB risquent d'accélérer l'évolution des atteintes hépatiques, et d'entraîner une infection chronique et une altération de la fonction hépatique, ce qui peut limiter les options pour le traitement de la coinfection par le VIH¹⁷.

Déclaration des cas, notification aux partenaires et suivi

- L'hépatite B aiguë est une maladie à déclaration obligatoire dans toutes les régions du Canada.
- La notification aux partenaires et la recherche des contacts sont essentielles pour identifier les personnes qui risquent d'acquérir l'hépatite B, que ce soit pour préciser leur statut immunitaire ou pour leur proposer un vaccin si elles ne sont pas immunes. Les contacts comprennent les personnes suivantes :
 - les contacts sexuels et (ou) percutanés pendant la période d'infectiosité;
 - enfants dont la mère est infectée par le virus de l'hépatite B et qui n'ont pas reçu l'HBIG et le vaccin à la naissance;
 - personnes vivant dans le même foyer que le cas index.

Considérations spéciales

- Les femmes enceintes qui n'ont jamais été immunisées contre l'hépatite B devraient passer un test de dépistage d'HBsAg au cours de la première visite prénatale. On doit proposer à toute femme enceinte sans marqueurs d'infection aiguë ou chronique au VHB, mais qui est à haut risque de contracter le VHB, le vaccin dès la première occasion qui se présente, puis mesurer la réponse immunitaire⁸. L'immunisation n'est pas contre-indiquée en cas de grossesse⁸. Si aucun test n'a été effectué pendant la grossesse, il faut en faire au moment de l'accouchement. On pourrait envisager de répéter les tests avant l'accouchement pour les femmes non infectées et non immunes qui maintiennent des comportements à risque élevé. Les nourrissons dont la mère est positive pour HBsAg devraient recevoir une prophylaxie post-exposition.
- Les enfants en voie d'être adoptés, et dont la région ou la famille d'origine affiche une forte prévalence de l'infection à VHB, devraient passer des tests de dépistage de l'HBsAg; en cas de résultats positifs, les membres de leur futur foyer devraient être immunisés avant l'adoption.

Références

1. Zou, S., J. Zhang, M. Tepper et coll. « Enhanced surveillance of acute hepatitis B and acute hepatitis C in four health regions in Canada 1998-1999 », *Canadian Journal of Infectious Diseases*, vol. 12, 2001, p. 345-350.
2. Sherman, M. « The epidemiology of hepatitis B in Canada », *Hepatitis Information Network*, [en ligne]. [www.hepnet.com/update5.html] (9 janvier 2006).
3. Delage, G., S. Montplaisir, S. Remy-Prince, E. Pierri. « Prevalence of hepatitis B virus infection in pregnant women in the Montreal area », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 134, 1986, p. 897-901.
4. Baikie, M., S. Ratnam, D.G. Bryant et coll. « Epidemiologic features of hepatitis B virus infection in Northern Labrador », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 141, 1989, p. 791-795.
5. Martin, J.D. et R.G. Mathias. « HIV and hepatitis B surveillance in First Nations alcohol and drug treatment centers in British Columbia, Canada », *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 57, suppl. 1, 1998, p. 280-284.
6. Romanowski, B. et P. Campbell. « Sero-epidemiologic study to determine the prevalence and risk of hepatitis B in a Canadian heterosexual sexually transmitted disease clinic population », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 85, 1994, p. 205-207.
7. Zhang, J., S. Zou et A. Giulivi. « Viral hepatitis and blood-borne pathogens in Canada. Hepatitis B in Canada », *Canada Communicable Disease Report*, vol. 2753, 2001, p. 10-12.
8. Health Canada. *Canadian Immunization Guide*, 6^e édition, Ottawa, Health Canada, 2002.

9. Brook, M.G., P. Karayiannis et H.C. Thomas. « Which patients with chronic hepatitis B will respond to alpha interferon therapy? A statistical analysis of predictive factors », *Hepatology*, vol. 10, 1989, p. 761-763.
10. Nevens, F., J. Main, P. Honkoop et coll. « Lamivudine therapy for chronic hepatitis B: A six-month randomized dose-ranging study », *Gastroenterology*, vol. 113, 1997, p. 1258-1263.
11. Centers for Disease Control and Prevention. « Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002 », *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations & Reports*, vol. 51, RR-6, 2002, p. 1-78.
12. Santé Canada et Service correctionnel Canada. « Conférence canadienne de consensus sur la prise en charge des hépatites virales, 2003-2004 », *Santé Canada*, [en ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite_c/pdf/ccc_04/pdf/consensus_f_04.pdf] (10 janvier 2006)
13. Sherman, M., V. Bain, J.P. Villeneuve et coll. « The management of chronic viral hepatitis: A Canadian consensus conference 2004 », *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology*, vol. 15, 2004, p. 313-326.
14. Main, J., J.L. Brown, C. Howells et coll. « A double-blind, placebo-controlled study to assess the effect of famciclovir on virus replication in patients with chronic hepatitis B virus infection », *Journal of Viral Hepatitis*, vol. 3, 1996, p. 211-215.
15. Tsiang, M., J.F. Rooney, J.J. Toole et C.S. Gibbs. « Biphasic clearance kinetics of hepatitis B virus from patients during adefovir dopivoxil therapy », *Hepatology*, vol. 29, 1999, p. 1863-1869.
16. Cotonat, T., J.A. Quiroga, J.M. Lopez-Alcorocho et coll. « Pilot study of combination therapy with ribavirin and interferon alfa for the retreatment of chronic hepatitis B e antibody-positive patients », *Hepatology*, vol. 31, 2000, p. 502-506.
17. Rockstroh, J.K. « Management of hepatitis B and C in HIV co-infected patients », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, vol. 34, suppl. 1, 2003, p. S59-S65.