



VIRUS DE L'HÉPATITE B (VHB)

Auteur : Dr Pierre-Louis Deudon

Dernière mise à jour : 12/2024

<p>Tableau clinique initial</p>	<p><i>Symptômes</i></p> <p>Hépatite aigue :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Asymptomatique dans 95 % des cas – Phase pré-ictérique (5 à 10 jours) : syndrome grippal, douleur abdominale dans le quadrant supérieur droit, anorexie, fatigue – Phase ictérique (1 à 3 semaines voire 3 mois) : ictère, associé avec anorexie, nausée, fatigue, rarement fièvre. Cette phase est inconstante, une hépatite ne donnant pas toujours lieu à une hyperbilirubinémie – Tableau d'hépatite fulminante (< 1 % des cas) <p>Hépatite chronique</p> <ul style="list-style-type: none"> – Généralement asymptomatique – Présence de symptômes peu spécifiques (fatigue) <p><i>Signes cliniques</i></p> <p>Hépatite aigue :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Phase pré-ictérique : syndrome grippal – Phase ictérique : ictère, selles décolorées, hépatomégalie <p>Hépatite chronique :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fréquent : pas de signe clinique – Persistant : signes de cirrhose, signes d'hypertension portale (splénomégalie, circulation veineuse collatérale, ascite), signes cutanés (angiome stellaire, érythrose palmaire, ...)
<p>Tableau clinique tardif / complications</p>	<ul style="list-style-type: none"> – 5 % des patient-es adultes développeront une hépatite chronique ; le risque est plus élevé si le-la patient-e est plus jeune – Complications hépatiques : hépatite chronique, cirrhose (compensée ou décompensée), hépatite fulminante, carcinome hépatocellulaire (15-25 %) – Complications extra-hépatiques : périartérite noueuse, néphropathie membraneuse pouvant évoluer vers la glomérulonéphrite, arthralgie, lichen plan oral, pemphigus, cryoglobulinémie, syndrome de Guillain Barré, anémie aplasique. – Femme enceinte : risque d'accouchement prématuré (+ transmission verticale)
<p>Durée de l'infection</p>	<ul style="list-style-type: none"> – < 6 mois pour les hépatites aiguës – > 6 mois pour les hépatites chroniques

<p>Période d'incubation (intervalle entre l'exposition et l'apparition des premiers symptômes)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – 4 semaines à 4 mois
<p>Période de contagiosité (période durant laquelle le patient reste contagieux)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Tout-e patient-e HBsAg positif est contagieux-euse ainsi que tout-e patient-e porteur-euse d'ADN viral
<p>Modes de transmission</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Transmission horizontale par contacts interindividuels : <ul style="list-style-type: none"> • via le sang : tatouages, piercing, acupuncture, partage de matériel d'injection ou de snif, partage de matériel de toilette (brosse à dent, ciseaux à ongles), blessure lors de certains actes médicaux • via la salive, le sperme et les sécrétions vaginales : aussi par partage de sex toys (virus persiste jusqu'à 7 jours) – Transmission horizontale par transfusion de sang ou de dérivés contaminés, par transplantation – Transmission verticale, surtout à l'accouchement, mais une transmission mère-enfant ou père-enfant reste possible (probablement horizontale après la naissance)
<p>Analyses de biologie médicale</p>	<p><i>Les dosages biologiques</i> Par prélèvement sanguin (tube sec)</p> <ul style="list-style-type: none"> – HBsAg (antigène de surface du VHB) : <ul style="list-style-type: none"> • si positif : infection • si persiste plus de 6 mois : infection chronique • <u>attention</u> : indétectable dans 50 % des infections chroniques – Anti-HBs (anticorps anti-HBsAg) : <ul style="list-style-type: none"> • si positif : soit vaccination, soit résolution d'une infection à VHB • <u>attention</u> : il peut y avoir une fenêtre de plusieurs semaines entre la disparition du HBsAg et l'apparition de l'anti-HBs ; durant cet intervalle, une infection peut être détectée en recherchant les anticorps anti-HBc total et Anti HBc-IgM. – Anti-HBc total (anticorps anti-HBc total-IgM et IgG) : <ul style="list-style-type: none"> • si positif : marque une infection existante ou une exposition antérieure car l'IgG persiste généralement à vie ; nombreux faux positifs – HBeAg (antigène-e) : <ul style="list-style-type: none"> • marqueur de la réplication virale ; si positif : contagiosité élevée • certains virus n'expriment pas cet antigène (formes mutantes) ; il faut alors utiliser la recherche d'ADN viral pour différencier une forme active d'une forme inactive – Anti-HBe (anticorps-e) : <ul style="list-style-type: none"> • marqueur de la réduction virale ; apparait généralement lors de la résolution de l'infection – ADN viral (tube EDTA) : <ul style="list-style-type: none"> • dosage par technique moléculaire • meilleur marqueur d'une infection par HBV • utile lors de la mise au point d'une infection aiguë et dans le suivi d'un-e patient-e chronique • détectable 30 à 60 jours après l'infection

	<p>Quel test proposer ?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dépistage chez un-e patient-e asymptomatique non immunisé-e, ou dont le statut immunitaire est inconnu : <ul style="list-style-type: none"> • HBsAg + Anti-HBs + Anti HbC totaux – Si suspicion clinique ou biologique d'une hépatite : <ul style="list-style-type: none"> • compléter le bilan par la recherche des Ac anti-VHC, Ac anti-VHA IgM et IgG, Ac anti-VHD • évaluation de la fonction hépatique : TGO, TGP, PAL, gamma GT, bilirubine, hémogramme, plaquettes, INR, Albumine <p>Interprétation des sérologies</p> <table border="1" data-bbox="512 595 1481 1126"> <thead> <tr> <th>HBsAg</th> <th>Anti-HBs</th> <th>Anti-HbC (total)</th> <th>Interprétation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>Non immunisé et jamais infecté</td> </tr> <tr> <td>+</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>Infection aiguë débutante</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>+</td> <td>-</td> <td>Immunisé par vaccination (si > 10 mIU/mL)</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>Immun suite à une infection guérie</td> </tr> <tr> <td>+</td> <td>-</td> <td>+</td> <td>Infection aiguë</td> </tr> <tr> <td>+</td> <td>-</td> <td>+</td> <td>Infection chronique</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>+</td> <td>Infection aiguë en phase de résolution</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>+</td> <td>Faux positif ou infection résolue ou infection chronique ou transmission verticale passive</td> </tr> </tbody> </table> <p>(« + » : résultat positif ; « - » : résultat négatif)</p>	HBsAg	Anti-HBs	Anti-HbC (total)	Interprétation	-	-	-	Non immunisé et jamais infecté	+	-	-	Infection aiguë débutante	-	+	-	Immunisé par vaccination (si > 10 mIU/mL)	-	+	+	Immun suite à une infection guérie	+	-	+	Infection aiguë	+	-	+	Infection chronique	-	-	+	Infection aiguë en phase de résolution	-	-	+	Faux positif ou infection résolue ou infection chronique ou transmission verticale passive
HBsAg	Anti-HBs	Anti-HbC (total)	Interprétation																																		
-	-	-	Non immunisé et jamais infecté																																		
+	-	-	Infection aiguë débutante																																		
-	+	-	Immunisé par vaccination (si > 10 mIU/mL)																																		
-	+	+	Immun suite à une infection guérie																																		
+	-	+	Infection aiguë																																		
+	-	+	Infection chronique																																		
-	-	+	Infection aiguë en phase de résolution																																		
-	-	+	Faux positif ou infection résolue ou infection chronique ou transmission verticale passive																																		
<p>Période fenêtré (intervalle entre l'exposition et la détection d'une infection décelable par un test)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – 30 à 60 jours – Il est recommandé de proposer les sérologies 3 mois après l'exposition au VHB. 																																				
<p>Traitement</p>	<p>Prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> – Schéma vaccinal de la fédération Wallonie-Bruxelles, – Pour plus d'information : <ul style="list-style-type: none"> • http://www.vaccination-info.be • https://www.e-vax.be <p>Premiers soins</p> <ul style="list-style-type: none"> – Si exposition à du matériel souillé : <ul style="list-style-type: none"> • nettoyer la zone contaminée à l'eau savonneuse • rincer abondamment à l'eau ou au liquide physiologique les muqueuses et conjonctives contaminées pendant au moins 5 minutes <p>Prophylaxie post-exposition</p> <ul style="list-style-type: none"> – Rechercher les Ac anti-HBs chez les patient-es vacciné-es pour évaluer leur immunization ; la prophylaxie dépendra de ce statut – Patient-es non vacciné-es et sources à haut risque de contamination ou HBeAg+ : <ul style="list-style-type: none"> • immunoglobuline anti VHB (500UI en IM) et vaccin hépatite B • injecter sur 2 sites différents (à réaliser idéalement dans les 24h, maximum à 7 jours). 																																				

	<ul style="list-style-type: none"> • débuter la vaccination selon le schéma 0, 1 et 6 mois – Patient·e non-vacciné·e et sources à bas risque avec statut inconnu : <ul style="list-style-type: none"> • initier le schéma vaccinal sans injecter les immunoglobulines – Patient·e vacciné·e avec Ac Anti-HBs > 10 mIU/mL : <ul style="list-style-type: none"> • pas de prophylaxie car protégé·e – Patient·e vacciné·e avec Ac Anti-HBs < 10 mIU/mL : <ul style="list-style-type: none"> • une dose d'immunoglobulines (500 UI en IM) dans les 24h (idéalement, jusqu'à 7 jours maximum) – Patient·e vacciné·e ne répondant pas (après 2 cycles de vaccination) : <ul style="list-style-type: none"> • 2 doses d'immunoglobulines anti VHB (500 UI en IM) à un mois d'intervalle et vaccin hépatite B selon schéma ci-dessus – Pour tous : <ul style="list-style-type: none"> • contrôle anticorps anti-HBs à réaliser 2 mois après la dernière dose du vaccin (excepté si le-la patient·e a bénéficié d'une ou plusieurs injections d'immunoglobuline dans les 3 mois précédents le vaccin) • suivi à 6 mois des sérologies diagnostiques <p>Hépatite aiguë</p> <ul style="list-style-type: none"> – Patient·es asymptomatiques : ne pas traiter car guérison spontanée dans les 6 mois chez 95 % des patients immunocompétents. (cf. suivi) – Patient·es symptomatiques et/ou présentant des tests de la fonction hépatique anormaux : référer en consultation spécialisée d'hépatologie – Si femme enceinte : suivi et contrôle en 2^e ligne – Critères nécessitant de référer en urgence en consultation spécialisée ou au service des urgences : <ol style="list-style-type: none"> 1) Tableau clinique d'insuffisance hépatique 2) Elévation de l'INR, et/ou élévation de la bilirubine, et/ou diminution de la numération plaquettaire <p>Hépatite chronique (persistance HBsAg > 6 semaines)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Référer en consultation spécialisée d'hépatologie, même si les tests de la fonction hépatique sont normaux – Une exacerbation est possible. Elle ressemble alors à une phase ictérique ou d'hépatite aiguë avec des transaminases et une bilirubine élevées. Ces exacerbations peuvent mener à une décompensation hépatique.
Suivi	<ul style="list-style-type: none"> – Rechercher simultanément : VIH, Syphilis, hépatite B, Hépatite C, HPV, Gonocoque, Chlamydia. (cf. Fiche « Dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST): comment faire ? ») – Si les tests sont négatifs, proposer une vaccination si ce n'est pas déjà fait – Exposition : cf. prophylaxie post-exposition – Hépatite aiguë asymptomatique : organiser un suivi et rechercher signes d'encéphalopathie et de troubles de la coagulation. Réaliser le suivi biologique approprié (TGO, TGP, PAL, gamma GT, bilirubine, hémogramme, plaquettes, INR, Albumine). Contrôle des tests sérologiques à 6 mois pour exclure un passage à la chronicité – Pour tout·e patient·e infecté·e : informer le-la patient·e sur les risques de transmission et lui délivrer un plan de suivi personnalisé. Lui conseiller le port du préservatif, de couvrir ses blessures avec un pansement, de ne pas donner son sang, de ne pas partager son nécessaire de toilette (et tout autre matériel étant en contact avec des fluides biologiques), de ne pas prémâcher la nourriture – La famille et les proches d'un·e patient·e infecté·e par le VHB doivent se faire vacciner selon le schéma du Conseil Supérieur de la Santé.

Partenaire sexuel·le	<ul style="list-style-type: none"> – Proposer aux partenaires sexuel·les un dépistage ainsi que de suivre laprophylaxie post-exposition en fonction de leur statut vaccinal si contacté avant 7jours post exposition – Dans le cadre d'un dépistage, il est recommandé de considérer les partenaires sexuel·les des 6 derniers mois – Le port du préservatif est recommandé lors des rapports sexuels avec une personne porteuse HBsAg ou atteinte d'une hépatite sauf si partenaire vacciné·e et avec Ac anti-HBs > 10 mIU/mL
-----------------------------	--

Bibliographie :

1. CDC. Viral Hepatitis Clinical Overview (09-02-2024) Disponible sur: <https://www.cdc.gov/hepatitis-b/hcp/clinical-overview/index.html>
2. Uptodate - Hepatitis B virus: Clinical manifestations and natural history (last literature review: November 2024), <https://www.uptodate.com/contents/hepatitis-b-virus-clinical-manifestations-and-natural-history>
3. Lin CL, Kao JH, Chen BF, et al. Application of hepatitis B virus genotyping and phylogenetic analysis in intrafamilial transmission of hepatitis B virus. *Clin Infect Dis* 2005; 41:1576.
4. Uptodate - Management of nonoccupational exposures to HIV and hepatitis B and C in adults (last literature review: November 2024), section: Hepatitis b post-exposure management. <https://www.uptodate.com/contents/management-of-nonoccupational-exposures-to-hiv-and-hepatitis-b-and-c-in-adults>
5. Soins primaires de l'hépatite B – Aide-Mémoire (VHB-AM) Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/soins-primaires-hepatite-b-aide-memoire.html#sec2-3>
6. Brook G, Bhagani S, Kulasegaram R, Torkington A et al. United Kingdom National Guideline on the Management of the viral hepatitis A, B and C 2015. *Int J STD AIDS*. 27(7):501-25.
7. NICE. Hepatitis B and C testing: people at risk of infection. 2012. Disponible sur : <https://www.nice.org.uk/guidance/ph43>
8. HAS. Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C. 2011. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/strategies_de_depistage_biologique_des_hepatites_virales_b_et_c_-_synthese.pdf
9. DynaMed Plus. Chronic hepatitis B virus (HBV) infection. 2017. Disponible sur : <http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=115624>
10. Gyselaers W, Jonckheer P, Ahmadzai N, Ansari MT et al. What are the recommended clinical assessment and screening tests during pregnancy?. *Good Clinical Practice (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 248.*
11. Conseil supérieur de la santé. Recommandations en matière de prévention des accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques dans les institutions de soins. 2014 Publication du CSS N° 8429. Disponible sur: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/19070417/Recommandations%20en%20matiere%20de%20prevention%20des%20accidents%20d%27exposition%20au%20sang%20et%20autres%20liquides%20biologiques%20dans%20les%20institutions%20de%20soins%2028_mai%202011%29%2028.pdf
12. Brook G, Brockmeyer N, van de Laar T, Schellberg S et al. European Guideline for the screening, prevention and initial management of hepatitis B & C infections in sexual health settings. 2017. Disponible sur : <http://www.iusti.org/regions/Europe/pdf/2017/IUSTIEuropeHepatitis2017.pdf>
13. KCE. Dépistage, traitement et suivi des IST en consultation. 2019. Disponible sur: <https://www.sti.kce.be/fr/>