

VERS UN MEILLEUR DÉPISTAGE DES HÉPATITES B ET DELTA POUR UNE AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE

// TOWARDS BETTER SCREENING FOR HEPATITIS B AND DELTA TO IMPROVE CLINICAL MANAGEMENT

François Villeret^{1,2} et Fabien Zoulim^{1,2}

¹ Université Lyon 1, Hospices civils de Lyon, Inserm, PaThLiv, UMR1350, Lyon

² Institut d'hépatologie de Lyon, IHU Everest, Lyon

Ce nouveau numéro thématique du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, aborde les hépatites virales B (VHB) et Delta (VHD). L'article de Brouard et coll.¹ s'intéresse à la vaccination contre le VHB chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et met en évidence une couverture vaccinale contre le VHB faible au sein de cette population. L'article de Brichler² révèle un dépistage insuffisant du VHD chez les patients d'une infection chronique par le VHB. Enfin, l'article de Parlati et coll.³ résume les différentes avancées épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des infections par le VHB et VHD.

Les infections par les virus du VHB et VHD restent un défi majeur de santé publique au niveau mondial, et dans une moindre mesure au niveau national. Des avancées importantes sont survenues ces dernières années, permettant la compréhension des mécanismes de persistance virale et l'identification de nouvelles cibles thérapeutiques. Ces différentes avancées physiopathologiques et thérapeutiques ont permis une réactualisation des recommandations pour la prise en charge de ces infections par le VHB et VHD par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁴, la Société européenne d'hépatologie (EASL)⁵, et, prochainement, par l'Association française pour l'étude du foie (AfeF), dont la publication des recommandations est prévue pour la fin 2026. Dans ce contexte, la réactualisation des données épidémiologiques françaises concernant les hépatites virales B et Delta est primordiale pour mieux identifier les populations cibles pour orienter le dépistage, préciser les modalités de traitement et prévenir les complications.

Améliorer le dépistage et la prévention des infections par le VHB

Poursuivre le dépistage et la vaccination, surtout dans les populations à risque

Selon les dernières données de l'OMS, 254 millions de personnes sont porteuses d'une infection chronique par le VHB, avec 1,2 million de nouvelles infections chaque année et 1,1 million de décès⁶. En France, les derniers chiffres de Santé publique France, publiés en 2019 (réactualisation prévue en 2027), estiment que la prévalence de l'antigène HBs (AgHBs – marqueur de l'infection par le VHB) est de 0,3% environ en population générale en France hexagonale, soit

environ 140 000 personnes, dont plus de la moitié ne connaît pas son statut sérologique⁷. La vaccination contre le VHB devenue obligatoire en 2018 en France, a permis d'atteindre un taux de couverture vaccinale de plus de 95% chez les enfants de 2 ans⁸, laissant espérer une diminution des nouvelles infections par le VHB dans les prochaines décennies. Cependant, la couverture vaccinale reste insuffisante chez les adolescents (inférieure à 50%) et les adultes à risque comme les usagers de drogues ou HSH par exemple. Ainsi, selon l'Enquête rapport au sexe (Eras) 2023¹, 68% des HSH déclaraient avoir reçu au moins une dose de vaccination contre le VHB. Dans l'étude ANRS-Ipergay, la couverture vaccinale complète était estimée à 78% des HSH non immunisés à l'initiation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) vis-à-vis du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)⁹. À l'aube des nouveaux traitements injectables de prévention contre le VIH comme le cabotégavir (n'ayant pas d'action sur le VHB). La promotion de la vaccination contre le VHB est indispensable dans la population générale, et plus spécialement au sein de ces populations à haut risque comme les HSH pour éviter de nouvelles contaminations par le VHB lors du changement entre la PrEP orale (contenant du ténofovir étant un traitement antiviral du VHB) et la PrEP injectable (cabotégavir).

La promotion du dépistage du VHB est indispensable et peut être réalisée dans différentes structures comme les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic ou dans les laboratoires de ville, où le dépistage est possible sans ordonnance. Cependant, dans les populations précaires et migrantes, la couverture vaccinale contre le VHB est très faible, malgré des taux de prévalence du VHB élevés. La mise en place du dépistage et de la vaccination chez les patients non immunisés reste donc un défi dans cette population en dehors des parcours de soins.

Promouvoir le dépistage réflexe du VHD

La co-infection par le VHD représente la forme la plus sévère d'hépatite virale B, avec une progression de la fibrose, de la cirrhose et du carcinome hépatocellulaire (CHC) plus rapide que dans le cadre d'une mono-infection par le VHB. Le VHD est un virus satellite du VHB et nécessite l'AgHBs pour entrer dans l'hépatocyte et se propager, quelle que soit la charge virale sérique VHB (un patient traité pour le VHB avec une charge virale VHB indétectable peut

se surinfecter par le VHD). La séroprévalence du VHD parmi les patients infectés par le VHB est estimée entre 3,5 et 6,3% en France (avec une prévalence plus élevée en centre expert hépatites virales, et chez les patients avec une co-infection par le VIH)¹⁰. Les sociétés savantes européennes et françaises recommandent de dépister le VHD lors du diagnostic d'une infection par le VHB, et de le répéter en cas de facteurs de risque chez les porteurs chroniques du VHB : rapports sexuels à risque, usagers de drogues, retour de voyage en zone d'endémie, perturbation inexpliquée du bilan hépatique⁵. Malgré ces recommandations fortes et l'augmentation progressive du nombre de sérologies réalisées, le taux de dépistage du VHD est estimé à seulement 26% des patients VHB+, et 41,6% des infections par le VHD sont diagnostiquées au stade avancé de cirrhose¹¹. Le dépistage réflexe du VHD (lors de la 1^{re} détection d'un AgHBs positif) permettrait d'augmenter le nombre de dépistages du VHD, et de faire accéder ces patients aux thérapeutiques disponibles actuellement. Ce dépistage réflexe est déjà mis en place dans plusieurs centres hospitaliers universitaires (CHU) et a permis une amélioration du dépistage du VHD, mais sa mise en place en laboratoire de ville reste compliquée. Le dépistage réflexe du VHD et son remboursement en cas d'AgHBs positif devrait être rendu possible en laboratoire de ville.

Vers un élargissement des indications thérapeutiques

Dans le cadre d'une mono-infection par le VHB

Parlati et coll³. font la synthèse des travaux préparatoires de l'Afep à l'élaboration de nouvelles recommandations de prise en charge. Il indique que les sociétés savantes (EASL) ont élargi les indications thérapeutiques dans le cadre d'une mono-infection par le VHB⁵. La virosuppression (charge virale VHB indétectable) permet une régression de la fibrose, de la cirrhose, une diminution du risque de CHC, ainsi qu'une augmentation de la survie. Dans les recommandations européennes, tout patient ayant une infection chronique par le VHB est candidat possible à un traitement antiviral. Cependant, des recommandations fortes déterminent l'indication de traitement et reposent sur : le niveau de transaminases, la charge virale sérique en VHB et le degré de fibrose hépatique. Jusqu'à 40% des patients présentant une infection chronique par le VHB se situeraient dans une zone grise (ou indéterminée) dans laquelle l'indication de traitement n'est pas claire^{5,12}. Plusieurs travaux récents tendent à montrer que ces patients considérés en zone intermédiaire ont une progression plus rapide de la maladie hépatique, plaidant pour une initiation plus précoce des traitements antiviraux. L'intérêt clinique des nouveaux biomarqueurs sériques, pour préciser l'évolution de ces patients en zone indéterminée, reste à préciser dans des études prospectives. Des données supplémentaires sont nécessaires pour préciser les indications de traitement antiviral chez cette catégorie de patients.

Les données internationales ou françaises (cohorte Hepather), confirment que la fibrose avancée est le principal facteur de risque de développer un CHC. Cependant, la prise en compte de l'ensemble des facteurs de risque de CHC (syndrome métabolique, consommation d'alcool), est également primordiale dans l'évaluation du risque de développer un CHC pour discuter l'initiation d'un traitement antiviral par NUC. L'indication de traitement du VHB, en fonction des facteurs de risque de CHC, est soumise à l'expertise du médecin en l'absence d'algorithme ou de score validé.

L'ensemble de ces données tendent à élargir les indications des traitements antiviraux, sans aller jusqu'à une indication de traitement universel. Enfin, l'arrivée attendue de nouveaux traitements du VHB, comme les oligonucléotides antisens¹³, permettant d'obtenir une guérison fonctionnelle chez un nombre significatif de patients, devrait avoir un impact non négligeable sur la prise en charge des patients et les trajectoires de soins.

Dans le cadre d'une co-infection par le VHD

Dans son article, Brichler rappelle que le traitement d'une infection chronique par le VHD a connu un bouleversement avec l'obtention de la première autorisation de mise sur le marché (AMM) du bulévir-tide en 2019². Les indications de traitement actuelles sont clairement définies : cirrhose compensée ou association d'une fibrose $\geq F2$ et d'une cytolysse. Le traitement est validé en réunion de concertation pluridisciplinaire d'hépatites virales, et consiste en une monothérapie de bulévir-tide 2 mg ou une bithérapie associant l'interféron pégylé (pegIFN), en l'absence de contre-indication. Concernant les futures thérapeutiques, le bulévir-tide pourrait être commercialisé à la dose majorée de 10 mg/j. Par ailleurs, d'autres thérapeutiques (siRNA anti-VHB – petits ARN interférents ciblés contre le VHB – et anticorps monoclonaux anti-VHB¹⁴) sont à l'étude, avec comme objectif ultime une guérison fonctionnelle du VHB et du VHD.

Conclusion

Le dépistage reste un défi majeur pour les hépatites virales afin de satisfaire les objectifs d'élimination des hépatites virales à l'horizon 2030, prôné par la stratégie nationale de santé sexuelle. Son amélioration permettra une prise en charge des patients plus efficace, portée par l'arrivée de nouvelles molécules et un élargissement des indications de traitement. ■

Références

[1] Brouard C, Maguet C, Ndeikoundam N, Velter A. Prévention de l'hépatite B chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, Enquête rapport au sexe 2023. Bull Epidemiol Hebd. 2026;(19-20):423-35. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/19-20/2026_19-20_1.html

[2] Brichler S. Infection par le virus de l'hépatite Delta en France : où en est-on en 2026 ? Bull Epidemiol Hebd. 2026;(19-20):436-43. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/19-20/2026_19-20_2.html

[3] Parlati L, Fontaine H, Bourlière M. Infection par les virus des hépatites B et Delta : aspects épidémiologiques, évolution naturelle et stratégies de prise en charge. *Bull Epidemiol Hebd.* 2026;(19-20):444-51. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/19-20/2026_19-20_3.html

[4] Organisation mondiale de la santé. Lignes directrices pour la prévention, le diagnostic, la prise en charge et le traitement des personnes atteintes d'une hépatite B chronique. Genève: OMS; 2024. 27 p. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240091368>

[5] European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical practice guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J Hepatol.* 2025;83(2):502-83.

[6] World Health Organization. Global hepatitis report 2026. Geneva: WHO; 2026. 94 p. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240122383>

[7] Saboni L, Brouard C, Gautier A, Chevaliez S, Rahib D, Richard JB, *et al.* Prévalence des hépatites chroniques C et B, et antécédents de dépistage en population générale en 2016 : contribution à une nouvelle stratégie de dépistage, Baromètre de Santé publique France-BaroTest. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;(24-25):469-77. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/24-25/2019_24-25_1.html

[8] Santé publique France. Données de couverture vaccinale hépatite B par groupe d'âge. Saint-Maurice: Santé publique France; 2024. <https://www.santepubliquefrance.fr/vaccination-1/donnees-de-couverture-vaccinale-hepatite-b-par-groupe-dage>

[9] Le Turnier P, Charreau I, Gabassi A, Carette D, Cotte L, Pialoux G, *et al.* Hepatitis A and B vaccine uptake and immunisation among men who have sex with men seeking PrEP: A substudy of the ANRS IPERGAY trial. *Sex Transm Infect.* 2023;99(2):140-2.

[10] Brichler S, Trimoulet P, Roque-Afonso AM, Izopet J, Thibault V, Roudot-Thoraval F, *et al.* The diagnostic cascade for patients with hepatitis delta infection in France, 2018-2022: A cross-sectional study. *Liver Int.* 2024;44(10):2858-65.

[11] Rigaud C, François S, Carrier P, Loustaud-Ratti V. Screening tests for hepatitis B, C and D in metropolitan France from 2016 to 2022: A map based on the National Health Data System with a focus on HDV hepatitis. *BMC Public Health.* 2025;25(1):3169.

[12] Ghany MG, Pan CQ, Lok AS, Feld JJ, Lim JK, Wang SH, *et al.* AASLD IDSA Practice guideline on treatment of chronic hepatitis B. *Hepatology.* 2026;83(4):974-97.

[13] Hou J, Lim S-G, Buti M, Yuen MF, Gane E, Lampertico P, *et al.* Phase 3 results of Bepirovirsen treatment for chronic hepatitis B virus infection. *N Engl J Med.* 2026;394(24):2395-406.

[14] Asselah T, Chattergoon MA, Jucov A, Streinu-Cercel A, Lampertico P, Wedemeyer H, *et al.* A Phase 2 trial of Tobe-vibart plus Elebsiran in hepatitis D. *N Engl J Med.* 2026; 394(4):343-53.

Citer cet article

Villeret F, Zoulim F. Vers un meilleur dépistage des hépatites B et Delta pour une amélioration de la prise en charge. *Bull Epidemiol Hebd.* 2026;(19-20):420-2. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/19-20/2026_19-20_0.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

